Formato DAP-01
Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal

Anexo 14

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

Formato DAP-01

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL

I. DATOS DEL SOLICITANTE:

ENTIDAD PUBLICA: (1)

ESTRUCTURA PROGRAMATICA: (2)

TIPO DE MOVIMIENTO: ALTA: ☐ PROMOCION: ☐ CAMBIO DE NIVEL: ☐ CONTRATO ☐ (3)

II. DATOS DEL (LA) PROPUESTO (A):

NOMBRE: (4)
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

RFC: (5) CURP: (6) IMSS: (7)

ESCOLARIDAD: (8) NIVEL: (9)

IV. DATOS DE LA PLAZA VACANTE:

SUSTITUIRA: (10)

PUESTO: (11) NIVEL: (12)

TIPO DE PLAZA: BASE ☐ CONFIANZA ☐

VIGENCIA: DEFINITIVA ☐ PROVISIONAL: ☐ TEMPORAL: ☐ (13)

JUSTIFICACION: (14)

V. FIRMA DE SOLICITUD

ELABORO Vo. Bo.

(15) (16)

FIRMA DEL ÁREA ADMINISTRATIVA FIRMA DEL TITULAR

VI. FIRMA DE AUTORIZACION

(17)

(18)

AUTORIZACION			
FECHA			NUMERO
DIA	MES	AÑO	

NOTA. Las Altas serán efectivas hasta que el titular del Poder Ejecutivo las autorice y la Dirección de Administración de Personal se los informe, pudiendo ser de carácter definitivo o temporal y su expedición se hará conforme a los movimientos escalafonarios que procedan, por lo tanto, si una Dependencia o Entidad no cuenta con la autorización correspondiente no deberá iniciar la relación laboral. La Dependencia o Entidad que incorpore a trabajadores sin autorización de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, será responsable de esa contratación por el tiempo no autorizado.

Formato DAP-01
Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal
Instructivo

Nombre de la Forma: Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal.
Objeto de la Forma Solicitar la autorización para dar de alta o promocionar al personal para ocupar puestos vacantes o de nueva creación, mencionando las características y requisitos que deben reunir los candidatos.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina o procesado en computadora y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros. Asimismo este formato deberá ser firmado por el Titular de la Dependencia o Entidad Pública y el Titular del Área Administrativa.
Elabora: Las Dependencias y las Entidades Públicas (Área Administrativa).
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Dirección de Administración de Personal.
1a. copia: Área Administrativa de la Dependencia o Entidad Pública.
2a. copia: Área de trabajo solicitante.

Instrucciones de Llenado

Datos del Solicitante

1. **Entidad Pública:** El nombre de la Dependencia o Entidad Pública.
2. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa que consta de 30 dígitos.
3. **Tipo de Movimiento que deja la plaza vacante:** Marcar con una "X" el tipo de movimiento, si este es alta, promoción, cambio de nivel o contrato.

Datos del (la) Propuesto (a).

4. **Nombre:** Anotar los datos siguientes: anotar el apellido paterno y materno, así como el nombre del empleado.
5. **RFC:** La clave del Registro Federal de Contribuyentes a 12 o 13 posiciones.
6. **CURP:** La clave única de registro de población, de acuerdo con su cédula de identificación fiscal.
7. **IMSS:** En caso de tener IMSS, anotar su número de afiliación.
8. **Escolaridad:** Anotar el grado de estudios actual del trabajador.
9. **Nivel:** Del Puesto propuesto.

Datos de la Plaza Vacante.

10. **Sustituir a:** El nombre completo de la última persona que ocupaba la plaza.

11. **Puesto:** El puesto del empleado a quién se sustituye.
12. **Nivel:** Del Puesto vacante.
13. **Tipo de Plaza:** Marcar con una "X" el tipo de plaza, si este es de base o confianza y la
    Vigencia si es: Definitiva, Provisional o Temporal.
14. **Justificación:** Exponer los motivos por los cuales se solicita autorización de este movimiento.

Firma de Solicitud

15. **Firma del Área Administrativa:** La firma del Área Administrativa que elaboró la solicitud de autorización del movimiento.
16. **Firma del Titular:** La firma de Visto Bueno del Titular de la Dependencia que autoriza el movimiento.
17. **Firma de Autorización:** Requisitado por la Dirección de Administración de Personal.
18. **Autorización:** Requisitado por la Dirección de Administración de Personal.

Formato DAP-01 A
Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal

Anexo 14A

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO
CAMPECHE 2015-2021

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL

Formato DAP-01 A

I. DATOS DEL SOLICITANTE:

ENTIDAD PUBLICA: (1)

ESTRUCTURA PROGRAMATICA: (2)

TIPO DE MOVIMIENTO: ALTA: A PROMOCION: P CAMBIO DE NIVEL: CN CONTRATO C (3)

II. DATOS DE LOS (LAS) PROPUESTOS (AS): (9)

NOMBRE:	MOVIMIENTO	PLAZA PROPUESTA	NIVEL	SUSTITUYE A:	TIPO DE PLAZA		VIGENCIA		
					B	C	D	P	T
(4)	(5)	(6)	(7)	(8)					
	(A, P, CN, C)								

V. FIRMA DE LA SOLICITUD

ELABORO: (10) FIRMA DEL ÁREA ADMINISTRATIVA

Vo. Bo.: (11) FIRMA DEL TITULAR

VI. FIRMA DE AUTORIZACION

(12)

(13)

AUTORIZACION			
FECHA			NUMERO
DIA	MES	AÑO	

NOTA. Este formato aplicará para las áreas sustantivas de la Administración Pública Estatal en razón de que no existen plazas vacantes al 1º de Enero 2017.

PRESENTAR ORIGINAL Y COPIA

Formato DAP-01 A
Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal

Instructivo

Nombre de la Forma: Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal.

Objeto de la Forma: Solicitar la autorización para dar de alta o promocionar al personal para ocupar puestos vacantes o de nueva creación, mencionando las características y requisitos que deben reunir los candidatos. (Para dos o más propuestas)
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina o procesado en computadora y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros. Asimismo este formato deberá ser firmado por el Titular de la Dependencia o Entidad Pública y el Titular del Área Administrativa.
Elabora: Las Dependencias y las Entidades Públicas (Área Administrativa).
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Dirección de Administración de Personal.
1a. copia: Área Administrativa de la Dependencia o Entidad Pública.
2a. copia: Área de trabajo solicitante.

Instrucciones de Llenado

Datos del Solicitante

1. **Entidad Pública:** El nombre de la Dependencia o Entidad Pública.
2. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa que consta de 30 dígitos.
3. **Tipo de Movimiento que deja la plaza vacante:** Marcar con una "X" el tipo de movimiento, si este es alta, promoción, cambio de nivel o contrato.

Datos del (la) Propuesto (a).

4. **Nombre:** Anotar los datos siguientes: anotar el apellido paterno y materno, así como el nombre del empleado.

Datos de la Plaza Vacante.

5. Movimiento: Tipo de movimiento solicitado.
6. **Plaza Propuesta:** El puesto del empleado a quién se sustituye.
7. **Nivel:** Del Puesto.
8. **Sustituir a:** El nombre completo de la última persona que ocupaba la plaza.

9. **Tipo de Plaza:** Marcar con una "X" el tipo de plaza, si este es de base o confianza y la
   Vigencia si es: Definitiva, Provisional o Temporal.
   Firma de Solicitud
10. **Firma del Área Administrativa:** La firma del Área Administrativa que elaboró la solicitud de autorización del movimiento.
11. **Firma del Titular:** La firma de Visto Bueno del Titular de la Dependencia que autoriza el movimiento.
12. **Firma de Autorización:** Requisitado por la Dirección de Administración de Personal.
13. **Autorización:** Requisitado por la Dirección de Administración de Personal.

Formato
Solicitud de Empleo

Anexo 15

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

SOLICITUD DE EMPLEO

FECHA	PUESTO SOLICITADO	SUELDO MENSUAL DESEADO
		$

DATOS PERSONALES

NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	SEXO MASCULINO ◯ FEMENINO ◯
DOMICILIO	COLONIA	ZONA POSTAL	TELEFONO
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD AÑOS	NACIONAL.
VIVE CON ◯ PADRES ◯ FAMILIA ◯ PARIENTES ◯ SOLO		ESTATURA	PESO KG.
PERSONAS QUE DEPENDEN DE USTED _____ HIJOS _____ CONYUGE _____ PADRES _____ OTROS		ESTADO CIVIL ◯ SOLTERO ◯ CASADO ◯ OTRO_____	EXPLIQUE

ESTADO DE SALUD Y HABITOS PERSONALES

¿COMO SE CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL? ◯ BUENO ◯ REGULAR ◯ MALO	¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA? ◯ SI ◯ NO	¿ESTA USTED EMBARAZADA? ◯ SI ◯ NO
¿CUANTAS FALTAS CONSIDERA HABER TENIDO AL TRABAJO EN EL ULTIMO AÑO DEBIDO A ENFERMEDADES? _____	¿ACOSTUMBRA USTED SER PUNTUAL EN SU TRABAJO? ◯ SI ◯ NO	EN SUS TRABAJOS ANTERIORES ¿FUE USTED CUMPLIDO (A) EN SUS FUNCIONES? ◯ SI ◯ NO
EN SUS TRABAJOS ANTERIORES ¿HA TENIDO USTED PROBLEMAS GRAVES CON SUS SUPERIORES? ◯ SI ◯ NO	¿PRACTICA USTED ALGUN DEPORTE?	PERTENECE A ALGUN CLUB SOCIAL O DEPORTIVO?
¿CUAL ES SU META EN LA VIDA?		

Página 1

DOCUMENTACION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP)		AFORE	
REG. FED. DE CAUSANTES No.	No. DE AFILIACION AL I.M.S.S. / ISSSTE	CARTILLA DE SERVICIO MILITAR No.	PASAPORTE NO.
¿TIENE LICENCIA DE MANEJO?	CLASE Y NUMERO DE LICENCIA	SIENDO EXTRANJERO QUE DOCUMENTOS LO ACREDITA PARA TRABAJAR EN EL PAIS	

DATOS FAMILIARES

NOMBRE	VIVE	FINADO	DOMICILIO	OCUPACION
PADRE				
MADRE				
ESPOSO (A)				
NOMBRE Y EDADES DE LOS HIJOS				

ESTUDIOS REALIZADOS

NOMBRE DE LA ESCUELA	CIUDAD Y ESTADO	FECHA DE	FECHA A	AÑOS	TITULO RECIBIDO
PRIMARIA					
SECUNDARIA O PREVOCACIONAL					
PREPARATORIA O VOCACIONAL					
PROFESIONAL					
COMERCIAL O OTRAS					

ESTUDIOS QUE ESTA EFECTUANDO EN LA ACTUALIDAD
ESCUELA _____ HORARIO _____ CURSOS O CARRERA _____ GRADO _____

(Hoja 1)

Formato
Solicitud de Empleo

DOCUMENTACION BASICA

IDIOMA QUE DOMINA
MAQUINA DE OFICINA QUE DOMINA
MAQUINA DE OFICINA QUE SEPA MANEJAR
MAQUINA DE TALLER QUE SEPA MANEJAR
OTROS TRABAJOS O FUNCIONES QUE DOMINE

EMPLEO ACTUAL Y ANTERIORES

CONCEPTO		EMPLEO ACTUAL O ULTIMO	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR
TIEMPO QUE PRESTO SUS SERVICIOS					
EMPRESA O PROPIETARIO					
DOMICILIO					
TELEFONO					
PUESTO DESEMPEÑADO					
SUELDO	INICIAL				
	FINAL				
MOTIVO DE SEPARACION					
NOMBRE DE SU JEFE INMEDIATO					
PUESTO DE SU JEFE INMEDIATO					
PODEMOS SOLICITAR INFORMES DE USTED		SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

REFERENCIAS PERSONALES (No incluya parientes o jefes anteriores)

NOMBRE COMPLETO	DOMICILIO	TELEFONO	OCUPACION	TIEMPO DE CONOCERLO

DATOS GENERALES

¿COMO SUPO USTED DE ESTE EMPLEO? ANUNCIO OTRO MEDIO	¿TIENE USTED OTRO INGRESO? IMPORTE MENS. NO SI (DESCRIBALO)
¿TIENE PARIENTES TRABAJANDO EN ESTE CENTRO DE TRABAJO? NO SI (NOMBRELOS)	¿SU CONYUGE TRABAJA? PERCEP. MENS. NO SI (DONDE)
¿HA ESTADO AFIANZADO? NO SI (NOMBRE DE LA CIA)	¿VIVE EN CASA PROPIA? VALOR APROX. NO SI
¿HA ESTADO AFIANZADO A ALGUN SINDICATO? NO SI (A CUAL)	¿PAGA RENTA? RENTA MENS. NO SI
¿TIENE SEGURO DE VIDA? SUMA ASEGURADA NO SI (NOMBBRE DE LA CIA)	¿TIENE AUTOMOVIL PROPIO? MARCA MODELO NO SI
¿PUEDE USTED VIAJAR? SI NO (RAZONES)	¿TIENE DEUDAS? IMPORTE NO SI
¿ESTA DISPUESTO A CAMBIAR DE LUGAR DE RESIDENCIA? SI NO (RAZONES)	¿CUANTO ABONA MENSUALMENTE?
FECHA EN QUE USTED PUEDE PRESENTARSE A TRABAJAR	¿A CUANTO ASCIENDEN SUS GASTOS MENSUALES? $

COMENTARIOS DEL ENTREVISTADOR	HAGO CONSTAR QUE MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS FIRMA DEL SOLICITANTE

(Hoja 2)

Formato DAP-02
Calendario de Fechas Límites 2017

Anexo 16

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL
DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

ANEXO PARA COORDINADORES ADMINISTRATIVOS
CALENDARIO DE FECHAS LIMITES 2017

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

Formato DAP-02

RECEPCION DE DOCUMENTOS		
	PERIODO EN EL QUE EL DEPTO. DE INCIDENCIAS RECIBE MOVIMIENTOS	PERIODO QUE APLICAN LOS MOVIMIENTOS ENTREGADOS
1		
2	Hasta el 04/ene	2da. ENE
3	09/ene - 16/ene	1ra. FEB
4	19/ene - 02/feb	2da. FEB
5	08/feb - 16/feb	1ra. MAR
6	21/feb - 03/mar	2da. MAR
7	08/mar - 15/mar	1ra. ABRIL
8	21/mar - 04/abr	2da. ABRIL
9	07/abr - 12/abr	1ra. MAYO
10	19/abr - 28/abr	2da. MAYO
11	04/may - 12/may	1ra. JUN
12	17/may - 29/may	2da. JUN
13	01/jun - 14/jun	1ra. JUL
14	19/jun - 30/jun	2da. JUL
15	05/jul - 13/jul	1ra. AGO
16	18/jul - 27/jul	2da. AGO
17	01/ago - 14/ago	1ra. SEPT
18	17/ago - 29/ago	2da. SEPT
19	01/sep - 14/sep	1ra. OCT
20	19/sep - 28/sep	2da. OCT
21	03/oct - 12/oct	1ra. NOV
22	17/oct - 27/oct	2da. NOV
23	03/nov - 14/nov	1ra. DIC

FECHAS DE PAGO AL PERSONAL				
	QUINCENAS	ENTREGA DE NOMINAS	DIA DE PAGO AL PERSONAL	DEVOLUCION DE NOMINAS FIRMADAS
1	1ra. ENE	12-ene	13-ene	30-ene
2	2da. ENE	27-ene	30-ene	15-feb
3	1ra. FEB	14-feb	15-feb	24-feb
4	2da. FEB	23-feb	24-feb	15-mar
5	1ra. MAR	14-mar	15-mar	30-mar
6	2da. MAR	29-mar	30-mar	12-abr
7	1ra. ABRIL	11-abr	12-abr	28-abr
8	2da. ABRIL	27-abr	28-abr	15-may
9	1ra. MAYO	12-may	15-may	30-may
10	2da. MAYO	29-may	30-may	15-jun
11	1ra. JUN	14-jun	15-jun	30-jun
12	2da. JUN	29-jun	30-jun	14-jul
13	1ra. JUL	13-jul	14-jul	28-jul
14	2da. JUL	28-jul	28-jul	15-ago
15	1ra. AGO	14-ago	15-ago	30-ago
16	2da. AGO	29-ago	30-ago	15-sep
17	1ra. SEPT	14-sep	15-sep	29-sep
18	2da. SEPT	28-sep	29-sep	13-oct
19	1ra. OCT	12-oct	13-oct	30-oct
20	2da. OCT	27-oct	30-oct	15-nov
21	1ra. NOV	14-nov	15-nov	30-nov
22	2da. NOV	29-nov	30-nov	13-dic
23	1ra. DIC	12-dic	13-dic	*15/01/2018

NOTAS:

1. LA ENTREGA DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL DEBERA EFECTUARSE EN LA DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL EN EL PERIODO DE FECHAS ESTIPULADAS.
2. LA ENTREGA DE NOMINAS Y CHEQUES A LA UNIDADES ADMINISTRATIVAS SE REALIZARA EN LA DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL CONFORME A ESTE CALENDARIO.
3. ES RESPONSABILIDAD DEL COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE CADA DEPENDENCIA Y ENTIDAD, VIGILAR QUE LA ENTREGA DE LA NOMINA DEBIDAMENTE FIRMADA SEA EN LA FECHA ESTABLECIDA.

Formato DAP-03
Movimientos de Personal

Anexo 17

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

MOVIMIENTOS DE PERSONAL

Formato DAP-03

(1)
ING. GUSTAVO MANUEL ORTIZ GONZALEZ
SECRETARIO DE ADMN. E INNOV. GUB.
P R E S E N T E

ALTA ☐ BAJA ☐ REINGRESO ☐
No. OFICIO: _____ (2)

TIPO DE NOMINA		
GENERAL	DESCENTRALIZADA	INTERINA

NO. DE MOVIMIENTO DAP

FECHA			NUMERO
DIA	MES	ANO	

(6)

ESTRUCTURA PROGRAMATICA: _____ (3)

DEPENDENCIA Y/O ORGANISMO _____ (4)

DIRECCION: _____ (5)

DATOS DEL PERSONAL (7)

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

R. F. C. _____ C.U.R.P. _____ IMSS _____

NUMERO DE EMPLEADO _____ Correo Electrónico: _____

DATOS DEL MOVIMIENTO (8)

01 ALTA ☐ 02 BAJA ☐ 03 LICENCIA ☐ 04 VACACIONES ☐

CLAVE ☐ ESPECIFIQUE: _____ RADICACION: _____

PUESTO: _____ NIVEL: _____

SUSTITUYE A: _____ NIVEL: _____

CLAVE DEL PUESTO	PERCEPCION MENSUAL (1101)

A PARTIR DEL _____ AL _____

TIPO DE PLAZA: BASE ☐ CONFIANZA ☐

VIGENCIA: DEFINITIVA ☐ INTERINO ☐ CONTRATO ☐

TURNO LABORAL				
T.M.	T.V.	MIXTO	NOCTURNO	POR HORAS

05 DESCUENTOS ☐ (9)

TOTAL DE DIAS A DESCONTAR ☐

RETARDO DEL (LOS) DIA (S) _____

FALTAS INJUSTIFICADAS DEL (LOS) DIA (S) _____

OTROS DESCUENTOS

Especifique: _____

MONTO $ _____

NO. DE QUINCENAS ☐

OBSERVACIONES _____ (10)

ELABORO	Vo. Bo.	AUTORIZO
	(11)	
COORDINADOR ADMINISTRATIVO	TITULAR DE LA DEPENDENCIA	DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

NOTA. **Las Altas serán efectivas hasta que el titular del Poder Ejecutivo las autorice y la Dirección de Administración de Personal se los informe, pudiendo ser de carácter definitivo o temporal y su expedición se hará conforme a los movimientos escalafonarios que procedan, por lo tanto, si una Dependencia o Entidad no cuenta con la autorización correspondiente no deberá iniciar la relación laboral. La Dependencia o Entidad que incorpore a trabajadores sin autorización de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, será responsable de esa contratación por el tiempo no autorizado.**

Original: EXPEDIENTE PERSONAL / C.c.p.: MINUTARIO GRAL. / C.c.p.: PROCESOS DE NOMINA /C.c.p. DEPENDENCIA.

(Hoja 1)

06 DATOS PERSONALES DEL EMPLEADO

Domicilio: _____ (12) Teléfono: _____

Calle No. Ext. Int. Estado Civil: _____

Sexo: _____

Barrio o Colonia Código Postal

Escolaridad: _____ (13) _____

Firma

07 ANEXOS

COPIAS
1.- ORIGINAL Y COPIA LEGIBLE DE CEDULA UNICA DE IDENTIFICACION DE PERSONAL PROPORCIONADA POR LA DAP. DAP-05(*)
2.- ORIGINAL Y COPIA LEGIBLE DEL ACTA DE NACIMIENTO FORMATO ACTUAL
3.- DOS COPIAS LEGIBLES DE ALTA DEL R.F.C. ANTE LA S.H.C.P.
4.- DOS COPIAS LEGIBLES DE LA CLAVE UNICA DEL REG. DE POBLACION (CURP)
5.- DOS LEGIBLES DE LA ASIGNACION DEL NUMERO DE SEG. SOCIAL EXP. POR EL IMSS
6.- DOS COPIAS LEGIBLES DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR (IFE, HOY INE)
7.- ORIGINAL DE LA CONSTANCIA DE NO INHABILITACION, EXP. POR LA CONTRALORIA
8.- CUATRO FOTOGRAFIAS RECIENTES TAMAÑO INFANTIL
9.- ORIGINAL DE CERTIFICADO DE SALUD
10.- COPIA LEGIBLE DE LA ULTIMA CONSTACIA DE ESTUDIOS
11.- ORIGINAL O COPIA LEGIBLE DEL CURRICULUM VITAE
12.- COPIA DE LA CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA (SOLO HOMBRES
13.- ORIGINAL Y COPIA DE LA CARTA DE AUTORIZACION PAGO DE NOMINA VIA TARJETA DE DEBITO (ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR)
14.- ORIGINAL Y 3 COPIAS DEL FORMATO "POLIZA DE SEG. DE VIDA"
15.- ORIGINAL DE LA CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO
16.- ORIGINAL Y COPIA DEL AVISO DE RESPONSIVA DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT Y DOS COPIAS LEGIBLES DEL AVISO PARA RETENCIÓN DE DESCUENTOS PARA LOS QUE CUENTAN CON CRÉDITO DE INFONAVIT.
17.- DOS COPIAS LEGIBLES DEL COMPROBANTE DE DOMICILIARIO CATASTRAL
18.- CERTIFICADO DEL CENTRO DE EVAL. Y CONTROL DE CONFIANZA DEL EDO. DE CAMP. (SOLO PARA EL PERSONAL DE SEG. PUB. Y PROCURACION DE JUSTICIA)
OTROS (Especificar):
_____
_____
_____
NOTA:
*Entregar Originales

08 CLAVES DE IDENTIFICACION DE CAUSAS DE:

ALTAS Y BAJAS
EVENTUALES Y/O INTERINATOS
05 ENFERMEDAD GENERAL
06 ENFERMEDAD PROFESIONAL
07 MATERNIDAD
08 COMISION OFICIAL
09 TRAMITE DE JUBILACION
10 LICENCIA DE PERSONAL
11 OCUPAR CARGO ELECTORAL POPULAR
12 DICTAMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL (IMSS)
13 RETARDOS ACUMULADOS
14 FALTAS INJUSTIFICADAS
15 VACACIONES
16 SUSPENSION TEMPORAL (CONFORME A LA LEY EN LA MATERIA)
DEFINITIVOS
17 VACANTE
18 PROMOCION EN PLAZA
19 RENUNCIA
20 DICTAMEN CESE
21 FALLECIMIENTO
22 JUBILACION
23 PENSION
24 TERMINACION DE CONTRATOS
25 ABANDONO DE EMPLEO
26 SENTENCIA EJECUTORIA
27 CAMBIO DE ADSCRIPCION
28 POR TERMINO DE ENCARGO (Solo Mandos Medios y Superiores designados por el Ejecutivo)
29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS)

(Hoja 2)

Formato DAP-03
Movimientos de Personal

Instructivo

Nombre de la Forma: Movimientos de personal.
Objeto de la Forma: Gestionar las afectaciones autorizadas al capítulo 1000, Servicios Personales por:

Altas
- Plaza Vacante.
- Plaza de Nueva Creación.

Movimientos de Personal
- Transferencia.
- Permuta.

Bajas
- Renuncia del Trabajador.
- Cese Motivado por el Trabajador.
- Fallecimiento del Trabajador.
- Incapacidad Permanente, Física o Mental que impida al Trabajador desempeñar sus labores.

Descuentos
- Retardo.
- Falta Injustificada.
- Uso indebido de las Líneas Telefónicas del Gobierno.

Vacaciones

Licencias
- Sin goce de sueldo.
- General.

Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, se deberá utilizar un formato para cada tipo de movimiento. Asimismo deberá de ser firmado por el Titular del

Área Administrativa, el Titular de la Dependencia o Entidad Pública, y el Director de Administración de Personal.

Elabora: Las Dependencias y las Entidades Públicas (Área Administrativa).
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de Copias: Tres copias.
Original: Expediente del servidor público.
1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.
2a. copia: Procesos de Nómina de la Dirección de Administración de Personal.
3a. copia: Área Administrativa de la Dependencia / Entidad Pública.

Instrucciones de Llenado

1. **C. :** El nombre del Secretario de Administración e Innovación Gubernamental.
2. Marcar con una "X" el **tipo de movimiento**; anotar el nombre del **tipo de nómina** a que corresponda el movimiento: General; Organismos, Seguridad Pública, Interinos, Educación y Salud**; No. Oficio:** La numeración otorgada por la Dependencia u Organismo Descentralizado
3. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa.
4. **Dependencia u Organismo.**
5. **Unidad Administrativa.**
6. **Fecha:** y el día, mes y año en que fue llenado el formato y **Autorización:** Se requisita por la Dirección de Administración de Personal.
7. **Datos del Personal:**
   Nombre: Anotar los datos siguientes: el nombre, apellido paterno y materno del empleado.
   RFC: La clave del Registro Federal de Contribuyentes a 12 o 13 posiciones.
   CURP: La clave única de registro de población, de acuerdo con su cédula de identificación fiscal.
   IMSS: Anotar su número de afiliación.
   Número del Empleado: El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
   Correo Electrónico: Dirección de E-mail personal.
8. **Datos del Movimiento:**
   Marque con una X el tipo de incidencia;

Clave de Identificación de la causa. Anotar la clave de qué se trata (consultar hoja 2 del formato)

Especifique: Anotar la descripción de qué se trata (consultar hoja 2 del formato)

Radicación: El lugar donde se encuentra adscrito su centro de trabajo.

Puesto y Nivel: El nombre y nivel del puesto según denominación del catálogo de puestos.

Clave del Puesto: Las siglas del puesto (según denominación del catálogo de puestos).

Percepción Mensual: El monto del puesto de un mes.

Sustituye a: Llenar este apartado al tratarse de una plaza vacante o suplencia, con el nombre de empleado a quien se sustituye.

A partir del: Si se trata de una Plaza vacante.- fecha en que iniciará a laborar, si se trata de una suplencia.- anotar el periodo que abarca la suplencia.

Tipo de Plaza: Señalar con una "X" el tipo de plaza a ocupar.

Turno laboral: Marque con una "X" el turno correspondiente.

9. **Descuentos:** Llene este apartado si el movimiento es de descuento. Marque con una "X" el movimiento.

   Total de Días: El número de días a descontar.

   Retardos del (los) día (s): Anotar los días, mes y año de los retardos

   Faltas injustificadas del (los) día (s): El (los) día(s), mes y año de las faltas que no tienen justificación.

   Otros descuentos:

   Monto: La cantidad a descontar.

   Número de quincenas: Numero de quincenas a descontar.

10. **Observaciones:** Anotar las principales funciones que desempeñará y el área específica a la cual estará adscrito, señalando el Departamento de su adscripción.

11. **Firmas:** La firma de las autoridades superiores que autorizan el movimiento, incluyendo al Titular de la Dependencia.

12. **Datos Personales del Empleado:** Anotar los datos siguientes:

    Domicilio. El nombre de la calle, la colonia; el No. o letra exterior o interior y el nombre de las calles entre las que se encuentra el domicilio. Así como el barrio o colonia y el Código Postal.

    Teléfono: El número telefónico de su domicilio.

    Estado Civil: Anotar su estado civil.

    Sexo: Anotar su género.

    Escolaridad: Anotar la profesión o el último grado de estudios.

13. **Firma del Empleado:** La firma legible del trabajador que corrobora sus datos personales en los casos de os movimientos de altas, promociones, cambios de adscripción, interinos nuevos, debidamente requisitados.

Formato DAP-03 A
Movimientos de Personal de Educación

Anexo 17 A

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

(8)

MOVIMIENTOS DE PERSONAL DE EDUCACION

Formato DAP-03A

(1)
ING. GUSTAVO MANUEL ORTIZ GONZALEZ
SECRETARIA DE ADMON. E INNOV. GUB.
P R E S E N T E

ALTA ☐ BAJA ☐ (2)
No. OFICIO: _____

TIPO DE NOMINA		
GENERAL	HOMOLOGADA	MAESTROS

ESTRUCTURA PROGRAMATICA:
(3)

NO. DE MOVIMIENTO DAP (7)

FECHA			NUMERO
DIA	MES	AÑO	

ESCUELA: _____ (4)
ZONA ESCOLAR: _____ (5) CLAVE DEL CENTRO DE TRABAJO: _____ (6)

DATOS DEL PERSONAL (8)

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO
R. F. C. C.U.R.P. IMSS:
NUMERO DE EMPLEADO ISSSTE:

DATOS DEL MOVIMIENTO (9)

01 ALTA ☐ 02 BAJA ☐ 03 LICENCIA ☐ 04 VACACIONES ☐
CLAVE : ☐ ESPECIFIQUE: _____ RADICACION: _____
PUESTO: _____ NIVEL: _____

CLAVE DEL PUESTO	PERCEPCION MENSUAL (1101)

FUNIONES A DESEMPENAR: _____
SUSTITUYE A _____ NIVEL: _____
A PARTIR DEL: _____ AL: _____

TIPO DE PLAZA		VIGENCIA			
DOCENTE	☐	DEFINITIVA	☐	NUMERO DE HORAS	
ADMINISTRATIVA	☐	EVENTUAL	☐	NUMERO DE HORAS	
APOYO	☐	INTERINO	☐	NUMERO DE HORAS	

05 DESCUENTOS ☐ (10)

TOTAL DE DIAS A DESCONTAR: ☐
RETARDO DEL (LOS) DIA (S): _____
FALTAS INJUSTIFICADAS DEL (LOS) DIA (S): _____

OTROS DESCUENTOS:
Especifique: _____
MONTO $ _____
NO. DE QUINCENAS ☐

OBSERVACIONES: _____ (11)

PROPONE	VALIDO	CERTIFICO	OTORGA VIGENCIA
		(12)	
AREA EDUCATIVA	SUBJEFE DE RECEC. HUM. EST	DIRECTOR DE EDUCACION BASICA	SUBSECRETARIO DE SERVS. ADMINISTRATIVOS

Vo.Bo. AUTORIZO

SECRETARIO DE EDUCACION DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

NOTA. las Altas serán efectivas hasta que el titular del Poder Ejecutivo las autorice y la Dirección de Administración de Personal se los informe, pudiendo ser de carácter definitivo o temporal y su expedición se hará conforme a los movimientos escalafonarios que procedan, por lo tanto, si una Dependencia o Entidad no cuenta con la autorización correspondiente no deberá iniciar la relación laboral. La Dependencia o Entidad que incorpore a trabajadores sin autorización de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, será responsable de esa contratación por el tiempo no autorizado.

Original: EXPEDIENTE PERSONAL / C.c.p.: MINUTARIO GRAL. / C.c.p.: PROCESOS DE NOMINA /C.c.p. DEPENDENCIA.

(Hoja 1)

Formato DAP- 03 A
Movimientos de Personal de Educación

06 DATOS PERSONALES DEL EMPLEADO (13)

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Calle No. Ext. Int. Estado Civil: _____

Sexo: _____

Barrio o Colonia Código Postal

Escolaridad: _____ (14) _____

Firma

07 ANEXOS

COPIAS

1. *CEDULA UNICA DE IDENTIFICACION DE PERSONAL PROPORCIONADA POR LA DAP.
2. *ACTA DE NACIMIENTO.
3. ULTIMA CONSTANCIA DE ESTUDIOS.
4. CURRICULUM VITAE.
5. CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA,
6. *CERTIFICADO DE SALUD.
7. *CONSTANCIA DE HABILITACION EXPEDIDA POR LA CONTRALORIA.
8. CLAVE UNICA DEL REGISTRO DE POBLACION (CURP).
9. ALTA DEL R.F.C. ANTE LA S.H.C.P.
10. ASIGNACION DE NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
11. *FORMATO DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA.
12. *CARTA DE AUTORIZACION PARA PAGO DE NOMINA VIA TARJETA DE DEBITO ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR
13. *CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO.
14. CUATRO FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL.
15. COMPROBANTE DE DOMICILIO
16. CREDENCIAL DE ELECTOR
17. *AVISO DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT

OTROS (Especificar):

_____

_____

_____

NOTA:
*Entregar Originales

08 CLAVES DE IDENTIFICACION DE CAUSAS DE:

ALTAS Y BAJAS

EVENTUALES Y/O INTERINATOS

05 ENFERMEDAD GENERAL
06 ENFERMEDAD PROFESIONAL
07 MATERNIDAD
08 COMISION OFICIAL
09 TRAMITE DE JUBILACION
10 LICENCIA DE PERSONAL
11 OCUPAR CARGO ELECTORAL POPULAR
12 DICTAMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL (IMSS)
13 RETARDOS ACUMULADOS
14 FALTAS INJUSTIFICADAS
15 VACACIONES
16 SUSPENSION TEMPORAL (CONFORME A LA LEY EN LA MATERIA)

DEFINITIVOS

17 VACANTE
18 PROMOCION EN PLAZA
19 RENUNCIA
20 DICTAMEN CESE
21 FALLECIMIENTO
22 JUBILACION
23 PENSION
24 TERMINACION DE CONTRATOS
25 ABANDONO DE EMPLEO
26 SENTENCIA EJECUTORIA
27 CAMBIO DE ADSCRIPCION
28 POR TERMINO DE ENCARGO (Solo Mandos Medios y Superiores designados por el Ejecutivo)
29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS)

(Hoja 2)

Formato DAP-03A
Movimientos de Personal de Educación

Instructivo

Nombre de la Forma. Movimientos de Personal de Educación
Objeto de la Forma. Gestionar las afectaciones autorizadas al capítulo 1000, Servicios Personales por:

Altas
- Plaza Vacante.
- Plaza de Nueva Creación.

Movimientos de Personal
- Transferencia.
- Permuta.

Bajas
- Renuncia del Trabajador.
- Cese motivado por el Trabajador.
- Fallecimiento del Trabajador.
- Incapacidad Permanente, Física o Mental que impida al Trabajador desempeñar sus labores.

Descuentos
- Retardos.
- Falta Injustificada.
- Uso Indebido de las Líneas Telefónicas del Gobierno.

Vacaciones

Licencias
- Con goce de sueldo.
- Sin goce de sueldo.
- General.

Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, se deberá utilizar un formato para cada tipo de movimiento. Asimismo deberá de ser firmado por el Titular del Área Administrativa, el Titular de la SEDUC, y el Director de Administración de Personal.

Elabora: La Secretaría de Educación.
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de copias: Tres
Original: Expediente del servidor público.

1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.
2a. copia: Procesos de Nómina de la Dirección de Administración de Personal.
3a. copia: Área Administrativa de la SEDUC.

Instrucciones de Llenado

1. **C:** El nombre del Secretario de Administración e Innovación Gubernamental.
2. Marcar con una "X" el **tipo de movimiento**; anotar el nombre del **tipo de nómina** a que corresponda el movimiento: General, Homologada, Maestros**; No. Oficio:** La numeración otorgada por la Dependencia u Organismo Descentralizado
3. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa.
4. **Nombre de la Escuela;**
5. **Número de Zona Escolar;**
6. **Clave del Centro de Trabajo;**
7. **Fecha:** y el día, mes y año en que fue llenado el formato y **Autorización:** Se requisita por la Dirección de Administración de Personal.
8. **Datos del Personal:**
   Nombre: Anotar los datos siguientes: el nombre, apellido paterno y materno del empleado.
   RFC: La clave del Registro Federal de Contribuyentes a 12 o 13 posiciones.
   CURP: La clave única de registro de población, de acuerdo con su cédula de identificación fiscal.
   IMSS: Anotar su número de afiliación.
   ISSSTE: Anotar su número de afiliación.
   Número del Empleado: El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
   Correo Electrónico: Dirección de E-mail personal.
9. **Datos del Movimiento:**
   Marque con una X el tipo de incidencia;
   Clave de Identificación de la causa. Anotar la clave de qué se trata (consultar hoja 2 del formato)
   Especifique: Anotar la descripción de qué se trata (consultar hoja 2 del formato)
   Radicación: El lugar donde se encuentra adscrito su centro de trabajo

Puesto y Nivel: El nombre y nivel del puesto según denominación del catálogo de puestos.
Clave del Puesto: Las siglas del puesto (según denominación del catálogo de puestos).
Percepción Mensual: El monto del puesto de un mes.
Funciones a Desempeñar;
Sustituye a: Llenar este apartado al tratarse de una plaza vacante o suplencia, con el nombre de empleado a quien se sustituye.
A partir del: Si se trata de una Plaza vacante.- fecha en que iniciará a laborar, si se trata de una suplencia.- anotar el periodo que abarca la suplencia.
Tipo de Plaza Docente: Señalar con una "X" el tipo de plaza a ocupar.
Número de Horas: Especifique el número de horas.

10. **Descuentos:** Llene este apartado si el movimiento es de descuento. Marque con una "X" el movimiento.
    Total de Días: El número de días a descontar.
    Retardos del (los) día (s): Anotar los días, mes y año de los retardos
    Faltas injustificadas del (los) día (s): El (los) día(s), mes y año de las faltas que no tienen justificación.
    Otros descuentos: especificar.
    Monto: La cantidad a descontar.
    Número de quincenas: Numero de quincenas a descontar.
11. **Observaciones:** Anotar las principales funciones que desempeñará y el área específica a la cual estará adscrito, señalando el Departamento de su adscripción.

12.|**Firmas:** La firma de las autoridades superiores que autorizan el movimiento, incluyendo al Titular de la Dependencia.

13. **Datos Personales del Empleado:** Anotar los datos siguientes:
    Domicilio: El nombre de la calle, la colonia; el No. o letra exterior o interior y el nombre de las calles entre las que se encuentra el domicilio. Así como el barrio o colonia y el Código Postal.
    Teléfono: El número telefónico de su domicilio.
    Estado Civil: Anotar su estado civil.
    Sexo. Anotar su género.
    Escolaridad: Anotar la profesión o el último grado de estudios.

14. **Firma del Empleado:** La firma legible del trabajador que corrobora sus datos personales en los casos de os movimientos de altas, promociones, cambios de adscripción, interinos nuevos, debidamente requisitados.

Anexo 17 B

Formato
Lista de Cotejo de Requisitos para el Alta

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL
DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL
COORDINACION DE INCIDENCIAS Y ARCHIVO DE PERSONAL
Anexo 17 B DEPARTAMENTO DE INCIDENCIAS Y PRESTACIONES 2017

LISTA DE COTEJO DE REQUISITOS PARA EL ALTA DEL PERSONAL DE NUEVO INGRESO.
Dependencia: Nombre del Interesado:

1.	ORIGINAL DE CEDULA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAL PROPORCIONADA POR LA DAP. (FORMATO DAP-05) (*)	
2.	ORIGINAL DEL ACTA DE NACIMIENTO EN FORMATO ACTUAL	
3.	UNA COPIA LEGIBLE DEL ALTA DEL R.F.C. ANTE LA S.H.C.P	
4.	UNA COPIA LEGIBLE DE LA CLAVE UNICA DEL REGISTRO DE POBLACION (CURP).	
5.	UNA COPIA LEGIBLE DE LA ASIGNACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL EXPEDIDO POR EL IMSS.	
6.	UNA COPIA LEGIBLE DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR (INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL, ANTES IFE).	
7.	ORIGINAL DE LA "CONSTANCIA DE NO INHABILITACION PARA EL EMPLEO" EXPEDIDA POR LA CONTRALORIA.	
8.	CUATRO FOTOGRAFIAS RECIENTES TAMAÑO INFANTIL 1 para Cedula Unica, 1 para Exp. Archivo, 2 para Credencial	
9.	ORIGINAL DEL CERTIFICADO DE SALUD.	
10.	COPIA LEGIBLE DE LA ÚLTIMA CONSTANCIA DE ESTUDIOS	
11.	COPIA LEGIBLE DEL CURRICULUM VITAE.	
12.	COPIA LEGIBLE DE LA CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA	
13.	ORIGINAL Y COPIA DE LA CARTA DE AUTORIZACION PARA PAGO DE NOMINA VIA TARJETA DE DEBITO (ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR) Original: Archivo copia: Subdirección de Control de Personal	
14.	ORIGINAL Y COPIA DEL FORMATO DE LA "POLIZA DE SEGURO DE VIDA" DEBIDAMENTE LLENADO POR EL TRABAJADOR Y SELLADO POR LA DEPENDENCIA U ORGANISMO. Original: ISSSTECAM copia: Archivo	
15.	ORIGINAL DE LA CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO	
16.	ORIGINAL Y COPIA DEL AVISO DE RESPONSIVA DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT Y DOS COPIAS LEGIBLES DEL AVISO PARA RETENCION DE DESCUENTOS PARA EL PERSONAL DE NUEVO INGRESO QUE CUENTE CON CREDITO INFONAVIT. Original o copia: Archivo copia: Coordinación de Control Fiscal	
17.	UNA COPIA LEGIBLE DEL COMPROBANTE DOMICILIARIO CATASTRAL	
18.	CERTIFICADO DEL CENTRO DE EVAL. Y CONTROL DE CONFIANZA DEL EDO. DE CAMP. (SOLO PARA EL PERSONAL DE SEG. PUB. Y PROCURACIÓN DE JUSTICIA).	

(*) Nota: Checar que se incluya en la Cédula Unica de Identificación de Personal, **el Correo Electrónico del Interesado** (Requisito 1).

Formato DAP-05
Cédula Única de Identificación de Personal

Anexo 18

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

CEDULA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAL

Formato DAP- 05

FECHA: _____ DIA _____ MES _____ AÑO

NUMERO DE EMPLEADO: _____

FOTOGRAFIA RECIENTE

DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO ESTADO AÑO MES DIA EDAD

ESTADO CIVIL SEXO [M] [F] NACIONALIDAD NUMERO DE AFILIACIÓN AL IMSS

R.F.C. CURP

DOMICILIO ACTUAL: CALLE NO. EXTERIOR NO. INTERIOR

FRACCIONAMIENTO / COLONIA POBLADO MUNICIPIO ESTADO

CÓDIGO POSTAL TELÉFONO PARTICULAR TELÉFONO OFICIAL EXT. CORREO ELECTRONICO (E-MAIL)

TIENE ALGUNA CONSIDERACIÓN DE DISCAPACIDAD SI [ ] NO [ ] QUE TIPO DE DISCAPACIDAD TIENE: _____

EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A (NOMBRE): _____ TELEFONO: _____ TIPO DE SANGRE: _____

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

NOMBRE DE LA MADRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

NOMBRE DEL CONYUGE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

DEPENDIENTES ECONÓMICOS

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	PARENTESCO	ESCOLARIDAD
	DIA	MES	AÑO			

(Hoja 1)

ESCOLARIDAD

PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ BACHILLERATO/PREPARATORIA ☐ PROFESIONAL ☐

TITULO OBTENIDO: _____

OTROS: _____

_____

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA	PERIODO	CARGO	MOTIVO DE LA SEPRACIÓN

EMPLEO ACTUAL

_____

ADSCRIPCIÓN CARGO FECHA DE INGRESO

DATOS ECONOMICOS

PERCIBE OTROS INGRESOS SI ☐ NO ☐

SU VIVIENDA ES: PROPIA ☐ RENTADA ☐ PRESTADA ☐ OTRAS ☐

POSEE AUTOMÓVIL: SI ☐ NO ☐

TRABAJA SU CÓNYEGE: SI ☐ NO ☐ ¿DÓNDE? _____

La Dirección de Administración de Personal es la responsable de la Cédula Unica de Identificación de Personal y el departamento donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es en el Departamento de Archivo situado en calle 8 N° 325, entre calle 63 y 6, Edificio Lavalle, (Primer piso).
En término de lo prescrito por los artículos 1, 4, 5, 7, 8, 9 y 13 de la Ley de Datos Personales del Estado de Campeche y sus Municipios , de fecha 09 de julio de 2012, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley.

_____

FIRMA DEL TRABAJADOR

SI AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO ☐

DEPARTAMENTO DE INGRESOS

(Hoja 2)

(Hoja 2)

Formato DAP-06
Carta de Autorización para Pago de Nómina Vía Tarjeta de Débito

Anexo 19

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental
Subsecretaria de Administracion
Dirección de Administración de Personal

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

CARTA DE AUTORIZACION PARA EL PAGO DE NOMINA VIA TARJETA DE DEBITO

Formato DAP-06

INSTITUCION BANCARIA

☐ BANAMEX ☐ SERFIN ☐ BANORTE ☐ BANCOMER ☐ HSBC

C.

Presente:

Por este medio, doy mi autorización para que se abra una cuenta y el importe neto de mi sueldo, me sea cubierto mediante un depósito bancario, por lo que se me otorgará una tarjeta electromagnética para realizar los cobros de mis percepciones quincenales. El talón en el que se desglosan mis percepciones y deducciones, me será entregado al momento de firmar la nómina.

Para lo anterior le comunico lo siguiente:

DATOS LABORALES:

NOMBRE COMPLETO

DEPENDENCIA : RAMO :

No. DE EMPLEADO: C. U. R. P. :

FECHA DE INGRESO: R. F. C. :

AFILIACION DEL I.M.S.S. FECHA NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO: NACIONALIDAD:

SEXO: ESTADO CIVIL:

PUESTO ACTUAL: DELEGACION:

DOMICILIO ACTUAL:

CALLE Y NUMERO:

COLONIA:

CIUDAD O POBLACION :

MUNICIPIO Y ESTADO :

CODIGO POSTAL :

TELEFONO PARTICULAR : TELEFONO OFICINA :

BENEFICIARIOS:

NOMBRE COMPLETO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	PARENTESCO	PORCENTAJE

NOTA: ANEXAR FOTOCOPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR

San Francisco de Campeche, Cam., a _____de _____de _____

_____
FIRMA DE CONFORMIDAD

Formato
Póliza de Seguro de Vida

Anexo 20

GNP SEGUROS

Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco
c.p. 04200, México D.F. Tel. 5227 3999. www.gnp.com.mx

Grupo

Consentimiento de Seguro de Vida

Llene con letra de molde

No. de Póliza	No. de Certificado

Sección I. Datos del Contratante

Código Cliente | R.F.C. Letras Año Mes Día Homoclave | Razón social

Domicilio (calle, No. y colonia)

C.P. | Delegación o municipio | Estado y/o población | Domicilio principal ☐ Sí ☐ No

Lada Teléfono (1) | Ext. | Lada Teléfono (2) | Ext. | Lada Fax | Ext.

Sección II. Datos del Asegurado

Código Cliente | R.F.C. Letras Año Mes Día Homoclave | Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre

Sexo ☐ M ☐ F | Estado Civil ☐ S ☐ D ☐ C ☐ V ☐ UL | Fecha de nacimiento Día Mes Año | Fecha de ingreso al Grupo Día Mes Año | CURP

Día Mes Año | Inicio de vigencia de la póliza a las 12:00 hrs. Inicio - Término | Día Mes Año | Puesto u ocupacion (detallar)

Suma Asegurada o regla para determinar la Suma Asegurada

Elija sólo una de las siguientes formas de pago de la Suma Asegurada

☐ Administración en Fideicomiso (llenar reverso) Beneficiario: Fideicomiso GNP No. FI01S-023-00(100%)
☐ Pago Único. Beneficiarios:

Sección III. Beneficiarios

Nombre completo	Parentesco	% de Suma Asegurada

En caso de haber llenado esta parte, se tomarán estas personas como los Beneficiarios del Seguro, por lo que el Fideicomiso quedará nulo aún cuando se haya requisitado.

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que en su representación, cobre la indemnización.
Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Doy mi consentimiento para formar parte del Seguro de Grupo de Vida solicitado a GNP por el Grupo al que pertenezco y expresamente declaro que todo lo anteriormente expuesto es verídico y que gozo de buena salud y en este acto autorizo a los médicos y hospitales que me hayan asistido para que proporcionen a GNP todos los informes que se refieren a mi salud.
Asimismo, manifiesto que conozco las Condiciones Generales y Particulares del Contrato de Seguro, las cuales me han sido proporcionadas en la fecha de firma de este Consentimiento.

La Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0043-0450-2006 de fecha 18 de Agosto 2006.

Lugar y Fecha

Firma o sello del Contratante

Firma del Asegurado
(En caso de ser menor de edad,tambien deberá de firmar el Padre o Tutor)

FPC010167_110RMX06.ai

FPC010167 www.gnp.com.mx 1/2

(Hoja 1)

Fideicomiso

Carta de adhesión al Fideicomiso GNP número FI01S-023-00

El Asegurado (Fideicomitente por adhesión) instruye a GNP (Fiduciario) para que las cantidades que sean pagadas por la Póliza de Seguro de este consentimiento ingresen a este Fideicomiso y sean entregadas a los Beneficiarios (Fideicomisarios) que designa de acuerdo a la cobertura y condiciones que la póliza establece, mientras exista saldo en su fondo. **En caso de incapacidad temporal o permanente de algún Beneficiario para recibir el pago, el Fideicomisario contingente lo recibirá mientras dure la incapacidad.**

Designación de Beneficiarios			Distribución del Fondo a cada Beneficiario		
Nombre y apellidos de los Beneficiarios	Parentesco con el Asegurado	% de la Suma Asegurada	Para pago de rentas mensuales: Deseo que Mensualmente se pague la cantidad de:	Para pago de rentas mensuales: Durante los años que indico a continuación:	Entregar pago único en la fecha indicada a continuación:
Beneficiarios para la Cobertura por Fallecimiento					
		%			
		%			
		%			
		%			
		%			
La suma de los porcentajes debe ser:		100%			
Beneficiario para la Cobertura por Invalidez					
El propio Asegurado	**Mismo**	**100%**			

Si algún Beneficiario fallece su parte se distribuirá proporcionalmente entre los sobrevivientes, con base a los % señalados por el Asegurado.
Si al concluir el plazo de pago de rentas mensuales existe remanente en el fondo del Beneficiario, éste se le entregará en una sola exhibición.
Las cantidades expresadas anteriormente se actualizan en enero de cada año con la inflación registrada para el año anterior.

El Asegurado nombra al siguiente Fideicomisario contingente y a sus suplentes, para recibir los pagos que correspondan a los Beneficiarios mientras sean menores de edad o se encuentren en estado de incapacidad para recibir el pago.

Nombre y apellidos	Teléfono	Domicilio
Representante Legal o,		
Suplente 1 o,		
Suplente 2		

Observaciones

El Asegurado podrá actualizar estas instrucciones en cualquier momento, por conducto del Contratante; a su fallecimiento serán irrevocables.

En caso de contar con otras Pólizas de Seguro de Vida vigentes, aún cuando éstas sean de otras aseguradoras y desee que las Sumas Aseguradas sean aportadas al presente Fideicomiso, le solicitamos anexar para cada una de ellas lo siguiente:

a) Copia fotostática de la Carátula o Certificado.
b) Endoso que modifique la designación original de Beneficiarios, con la siguiente declaración:

"La Suma Asegurada será aportada al Fideicomiso FI01S-023-00, constituido en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. y se pagará a mis Beneficiarios de acuerdo a las condiciones de ese Contrato de Fideicomiso y a mi Carta de Adhesión correspondiente."

Lugar y Fecha

Nombre y firma del asegurado
(Fideicomitente por adhesión)

FPC010167 www.gnp.com.mx 2/2

(Hoja 2)

Formato DAP-07
Carta Compromiso de Compatibilidad de Empleo

Anexo 21

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

FORMATO DAP-07

SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION
DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO

El trabajador que ingrese al servicio público para desempeñar algún cargo de base o de confianza de conformidad a lo establecido en el artículo 3° de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado, deberá sujetarse a lo dispuesto por el artículo 53 fracción XII de la Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche, que a la letra dice ***"Abstenerse de desempeñar algún otro empleo, cargo o comisión oficial o particular que la ley le prohíba, así como aquellos que no sean compatibles.*** La compatibilidad se da en dos o mas empleos siempre que se trate de Instituciones Públicas distintas, se desempeñen efectivamente las funciones en turnos diferentes o en horarios y jornadas de labores fijadas para la prestación del servicio, que no interfieran entre si y se cumplan los requisitos y perfiles del o los puestos a desempeñar", y artículo 38 fracción I de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche que a la letra dice ***"Aceptar y desempeñar algún puesto, cargo, comisión oficial o particular cuando sea incompatible con las funciones y jornada que tiene asignada".***

Por tal motivo firmo voluntariamente y de conformidad la presente carta compromiso bajo protesta de decir verdad, que no cuento con trabajo que interfiera con este empleo como servidor público en el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche.

Nombre:
Domicilio:
Teléfono:
Edad: | Sexo: Estado civil:

Nombre y Firma de
conformidad del Trabajador

San Francisco de Campeche Cam; a de de

Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

Formato DAP-08
Aviso de Responsiva de Acreditación ante el INFONAVIT

Anexo 22

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

Formato DAP-o8

AVISO DE RESPONSIVA DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT

VIVIENDA	SI ☐	NO ☐
No. De Crédito		

Por este conducto informo al Gobierno del Estado de Campeche, que a partir de mi ingreso al servicio del Gobierno del Estado de Campeche, en el caso de contar con un crédito de vivienda otorgado por el INFONAVIT, anexo Aviso para Retención de Descuentos para que se realice el descuento correspondiente vía nómina o por cheque; de conformidad con lo establecido en el artículo 29 fracción III de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores.

NOMBRE:	
DOMICILIO:	
TELEFONO:	

_____

Firma de Conformidad del Trabajador

San Francisco de Campeche, Cam., a de de .

Formato
Aviso para Retención de Descuentos

Anexo 22-A

AVISO PARA RETENCIÓN DE DESCUENTOS

INFONAVIT

Folio: _____
Fecha: de octubre de

NOMBRE Y DOMICILIO DE LA EMPRESA RETENEDORA	N.R.P.:
GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE CAMPECHE 8 ENTRE 61 Y CIRC BALUARTES SN CENTRO CAMPECHE C.P. 24000 CAMPECHE	

El Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores ha otorgado un crédito de vivienda al trabajador, cuyos datos se consignan al calce, quien aceptó le sean efectuados descuentos a su salario, para amortizar su crédito; según se señala en el recuadro de "DESCUENTO" de este aviso, pudiendo ser:

- La cantidad que resulte de multiplicar el porcentaje de descuento anotado, por el salario determinado conforme a lo establecido por el artículo 29 de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores
- La cantidad que resulta de multiplicar el factor de cuota fija indicado, por el salario mínimo diario vigente en el Distrito Federal (SMDVDF) en la fecha de retención
- La cantidad estipulada como cuota fija en pesos

Con fundamento en los artículos 23 fracción I de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores; 1, 3 fracción XXXVII y XLII, 4 fracción IV y 9 del Reglamento Interior del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los trabajadores en Materia de Facultades como Organismo Fiscal Autónomo, publicado al 20 de junio de 2008 en el Diario Oficial de la Federación, así como su reforma publicada en el mismo Diario el 9 de octubre de 2012; 97 fracción III y 110 fracción III de la Ley Federal del Trabajo; 29 fracción III de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores; 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53 y 54 del Reglamento de Inscripción, Pago de Aportaciones y Entero de Descuentos al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, deberá usted descontar del salario diario integrado de aportación, sin límite superior salarial y con la periodicidad con que efectúa el pago de éste, la cantidad que resulte conforme al tipo de descuento indicado en los puntos anteriores, **a partir del día siguiente a aquel en que se le haya notificado el presente aviso,** conforme a lo siguiente:

- Si el trabajador percibe un salario mínimo, no podrá exceder del 20% del mismo, con fundamento en los artículos 47 del Reglamento de Inscripción, Pago de Aportaciones y Entero de Descuentos al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores; y 110 fracción VII de la Ley Federal del Trabajo
- Cuando se indique el descuento en factor de CUOTA FIJA VSM y el periodo sea menor a los días que comprende el bimestre, deberá retener y enterar la parte proporcional de los días del bimestre efectivamente laborados por el trabajador

El entero de los descuentos se efectuará de manera bimestral conjuntamente con las aportaciones patronales, en la entidad receptora autorizada de su preferencia, a más tardar el día 17 del mes siguiente al bimestre que corresponda, cuando el último día para el cumplimiento de pago sea inhábil o viernes, se estará a lo dispuesto en el artículo 12 del Código Fiscal de la Federación, mediante el programa de cómputo aprobado por el Instituto o utilizando las "Cédulas de Determinación de Cuotas, Aportaciones y Amortizaciones" emitidas conjuntamente por el IMSS y el INFONAVIT, cuando así proceda.

Los patrones son solidariamente responsables del entero de los descuentos ante el Instituto, en términos de lo que señalen los artículos 26 fracción I del Código Fiscal de la Federación; 29 fracción III de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores; 50, 51 y 52 del Reglamento de Inscripción antes citado, a partir del día siguiente a aquel en que reciban este aviso y hasta en tanto no se presente aviso de baja del trabajador en el formato Afil-04 del IMSS-INFONAVIT o el equivalente, o reciben del Instituto el Aviso de Suspensión de Descuentos.En caso de no dar cumplimiento a las obligaciones antes señaladas, se hará acreedor a la determinación y cobro de el (los) crédito(s) fiscal(es) y a las sanciones que corresponden por violaciones a la Ley y sus Reglamentos en los términos de los artículos 2, 4 y 6 del Código Fiscal de la Federación; y 30, 55, 56, y 57 de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores; y 6, 7, 19, 20, 21, 22, y 25 del Reglamento para la imposición de Multas por Incumplimiento de las Obligaciones que la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y sus Reglamentos establecen a cargo de los Patrones.

Hacemos de su conocimiento, que por ningún motivo deberá sellar ni firmar este documento si el trabajador a que se refiere el mismo no guarda actualmente relación laboral con usted, en caso contrario, será responsable del entero de las amortizaciones que corresponden, sin perjuicio de aplicar el contenido del artículo 58 de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores.

De conformidad con el artículo 48 del Reglamento de Inscripción, Pago de Aportaciones y Entero de Descuentos al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, la omisión de los datos de un trabajador en la Cédula de Determinación emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social no exime al patrón de la obligación de retener y enterar los descuentos a través del programa de cómputo autorizado.

La recepción y firma de este Aviso, implica que acepta que la relación laboral que mantiene con el trabajador que se cita, se encuentra vigente y que no existen causas probables para que ésta se rescinda en términos de los artículos 47 y 51 de la Ley Federal del Trabajo o se termine por lo previsto en el artículo 53 de dicha Ley; dentro de los 90 días posteriores a la fecha de recepción y firma de este Aviso.

NÚMERO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE CRÉDITO	RFC O CURP DEL TRABAJADOR	NOMBRE DEL TRABAJADOR Y DOMICILIO DE LA VIVIENDA OBJETO DEL CRÉDITO
DESCUENTO			
PORCENTAJE	PESOS	CUOTA FIJA EN VSM	

ATENTAMENTE

LIC. RICARDO
GERENTE SENIOR DE FISCALIZACIÓN Y COBRANZA FISCAL

PERSONA QUE RECIBE EL AVISO	FECHA DE RECEPCIÓN	SELLO DE LA EMPRESA
NOMBRE / FIRMA	DD/MM/AAAA	GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE HORA: RECIBIDO DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL COORD. DE CONTROL FISCALY SEGURIDAD SOCIAL

T

Formato DAP-09
Solicitud de Pagos Pendientes

Anexo 23

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

"SOLICITUD DE PAGOS PENDIENTES"

Formato DAP-09

OFICIO No. (1)

FECHA (2)

(3)

DEPENDENCIA (4)

SECRETARIO DE ADMON. E INOV. GUB.
P R E S E N T E

SOLICITO A USTED SE SIRVA TRAMITAR EL PAGO DEL PERSONAL QUE A CONTINUACION SE DETALLA:

ESTRUCTURA PROGRAMATICA	NUMERO DEL EMPLEADO	NOMBRE	NIVEL	CONCEPTO
(5)	(6)	(7)	(8)	(10)

ELABORO

(9)

Vo. Bo.

(11)

TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

AUTORIZO

DIRECTOR DE ADMON. DE PERSONAL

Original: EXPEDIENTE PERSONAL
C.c.p.: DEPENDENCIA

Formato DAP-09
Solicitud de Pagos Pendientes

Instructivo

Nombre de la Forma: Formato "Solicitud de Pagos Pendientes".
Objeto de la Forma: Gestionar los movimientos de personal motivados por el cambio de nivel del empleado y el pago de tiempo extraordinario.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, se deberá utilizar un formato para cada tipo de movimiento, asimismo deberá de ser firmado por el titular del Área Administrativa de la Dependencia o Entidad Pública y el Director de Administración de Personal.

El importe será designado por la Dirección de Administración de Personal (Departamento de Incidencias y Prestaciones).
Elabora: Las Dependencias y las Entidades Públicas (área administrativa).
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Expediente del servidor público.
1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.
2a. copia: Área administrativa de la Dependencia u Organismo Descentralizado.

Instrucciones de Llenado

1. **Oficio:** La numeración otorgada por la Dependencia o Entidad Pública.
2. **Fecha:** El día, mes y año en que fue llenado el formato.
3. **C.** El nombre del Secretario de Administración e Innovación Gubernamental.
4. **Dependencia:** El nombre del centro de trabajo (Dependencia o Entidad Pública).
5. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa que consta de 30 dígitos.
6. **Número de Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
7. **Nombre:** El nombre (s), apellido paterno y apellido materno de los empleados.

8. **Nivel:** Deberá anotar el nivel de puesto según el Catálogo de Puestos del Poder Ejecutivo.
9. **Firma del trabajador:** Deberá firmar el trabajador.
10. **Concepto:** Definir el motivo del pago:

- Pagos por conceptos de altas temporales, debiendo anotar el número de días trabajados por cada clave de puesto en forma quincenal.

- Cambio de Nivel, especificando de que nivel a que nivel y la fecha del cambio. (Este tipo de pagos se realizará solamente cuando se encuentre autorizado por el Ejecutivo del Estado y sea notificado por la Dirección de Administración de Personal, para su aplicación conforme al Calendario de Fechas Límite para el 2014).

- Tiempo Extraordinario (De conformidad con el artículo 25 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche el tiempo extraordinario nunca podrá exceder de tres horas diarias ni exigirse por más de tres veces consecutivas). Por lo anterior deberá anotar el número de horas y la fecha de las mismas.

11. **Firmas:** La firma de las autoridades superiores que autorizan, incluyendo al Titular de la Dependencia.

Formato DAP-09 A
Solicitud de Pagos por Suplencias

Anexo 23A

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

Formato DAP-09

"SOLICITUD DE PAGOS POR SUPLENCIA"

OFICIO No. (1)

FECHA (2)

(4)

DEPENDENCIA (3)

SECRETARIO DE ADMON. E INOV. GUB.
P R E S E N T E

SOLICITO A USTED SE SIRVA TRAMITAR EL PAGO DEL PERSONAL QUE A CONTINUACION SE DETALLA:

ESTRUCTURA PROGRAMATICA	NUMERO DEL EMPLEADO	NOMBRE	NIVEL	CONCEPTO
(5)	(6)	(7)	(8)	(9-12)

ELABORO

Vo. Bo.

(13)

TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

AUTORIZO

DIRECTOR DE ADMON. DE PERSONAL

Original: EXPEDIENTE PERSONAL
C.c.p.: DEPENDENCIA

Formato DAP-09 A
Solicitud de Pagos de Suplencias

Instructivo

Nombre de la Forma: Formato "Solicitud de Pagos de Suplencias".
Objeto de la Forma: Gestionar los movimientos de personal motivados por suplencias según el numeral 3.1.3.1.3 de este manual.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, se deberá utilizar un formato quincenal por suplente, asimismo deberá de ser firmado por el titular del Área Administrativa de la Dependencia o Entidad Pública y el Director de Administración de Personal.

El importe será designado por la Dirección de Administración de Personal (Departamento de Incidencias y Prestaciones).
Elabora: Las Dependencias y las Entidades Públicas (área administrativa)
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de Copias: dos copias.
Original: Expediente del servidor público.
1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.
2a. copia: Área administrativa de la Dependencia u Organismo Descentralizado.

Instrucciones de Llenado

1. **Oficio:** La numeración otorgada por la Dependencia o Entidad Pública.
2. **Fecha:** El día, mes y año en que fue llenado el formato.
3. **Dependencia:** El nombre del centro de trabajo (Dependencia o Entidad Pública).
4. **C.** El nombre del Director de Administración de Personal.
5. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa que consta de 42 dígitos alfanuméricos.
6. **Número del personal suplente:** El número de control único e interpersonal que corresponde al personal suplente para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al suplente según nómina.
7. **Nombre:** El nombre (s), apellido paterno y apellido materno del personal suplente.
8. **Nivel:** Deberá anotar el nivel de puesto que se suple según el Catálogo de Puestos del Poder Ejecutivo.

9. **Puesto**: Deberá anotar el nombre del puesto que se suple según el Catálogo de Puestos del Poder Ejecutivo.
10. **Sueldo**: Será asignado por la Dirección de Administración de Personal según el tabulador de sueldos vigente.
11. **Suple A:** Se anotara el Nombre de la persona a quien se suple.
12. **Concepto:** Definir el motivo del pago:
    - Pagos por conceptos de altas temporales, debiendo anotar el número de días trabajados por cada clave de puesto en forma quincenal.
13. **Firmas:** La firma de las autoridades superiores que autorizan, incluyendo al Titular de la Dependencia.

Formato DAP-10
Solicitud de Pensión y Jubilación

Anexo 24

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO
CAMPECHE 2015-2021

Dirección de Administración de Personal
Calle 8 Núm. 325. entre 63 y 65 , Col. Centro C.P. 24000
San Francisco de Campeche, Campeche, Tel. (981) 811 92 00 Ext. 27360

"2015, Año de José María Morelos y Pavón"

Formato DAP-10

FECHA DE ELABORACIÓN: DIA MES AÑO

SOLICITUD NUMERO:

ACT. DIANA EUGENIA LARA GAMBOA
DIRECTORA GENERAL DEL ISSSTECAM

CURP:
R.F.C.:

DE CONFORMIDAD CON EL ART. 58, 59, 60 Y 62 DE LA LEY DEL ISSSTECAM, ME PERMITO ENVIARLE, PARA SU ESTUDIO Y RESOLUCION CORRESPONDIENTE, LA DOCUMENTACION RELATIVA A LA PENSIÓN POR:

NOMBRE (S) APELLIDO (S)

SUELDO MENSUAL

PUESTO VIGENTE O ULTIMO

RAMO UNIDAD PRESUP.

INIFEEC
DEPENDENCIA O ENTIDAD

CORREO ELECTRONICO:

FECHA PROBABLE DE LA BAJA

DOMICILIO TELEFONO
CALLE NUM. COLONIA

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) DIVORCIADO (A

UNION LIBRE CASADO VIUDO (A)

DEPENDIENTES ECONOMICOS:

NOMBRE: APELLIDOS OCUPACION

Vo. Bo.

FIRMA DEL SOLICITANTE

ORIGINAL.- ISSSTECAM
C.c.p.- Expediente.
C.c.p.- Minutario.
C.c.p.- Interesado

AUTORIZO:

DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

Formato DAP-11
Solicitud para Periodo de Lactancia

Anexo 25

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

SOLICITUD PARA PERIODO DE LACTANCIA Formato DAP-11

San Francisco de Campeche, Cam., a ____ **de** _____ **de** _____

C.

PRESENTE.

Con fundamento en el párrafo segundo del artículo 27 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche y último párrafo de artículo 43 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche, por este medio me permito solicitar a usted mi período de Lactancia a partir del ____ de _____ de _____ al ____ de _____ de _____.

Mi horario normal de labores es de las _____ horas a las _____ de Lunes a Viernes. Por lo que para efectos del período de lactancia utilizaré una hora al inicio _____ o al término _____ de mi jornada de trabajo, por lo que cubriré un horario de labores de las _____ a las _____ horas.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente

C. _____
(Nombre y Firma)

C.c.p.- Coordinador Administrativo de la Dependencia o Entidad
C.c.p.- La Dirección de Administración de Personal de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental del Gobierno del Estad
C.c.p.- Interesada.

Nota: Este es un modelo sugerido que deberá adecuarse según sea el planteamiento y las necesidades del servicio de la Dependencia o Entidad.

Formato ST-7
Aviso de Atención Médica Inicial y Calificación de Probable Riesgo del Trabajo

Anexo 26

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

AVISO DE ATENCION MEDICA INICIAL Y CALIFICACION DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO ST-7

DATOS DEL PATRON PARA VERIFICACION Y CERTIFICACION DE VIGENCIA DE DERECHOS

1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA

2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NUMERO

COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO

3) CODIGO POSTAL | 4) TELEFONO (LADA)

5) REGISTRO PATRONAL

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL | 7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) | 8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR)

9) CURP

10) EDAD (AÑOS) | 11) SEXO M F | 12) ESTADO CIVIL | 13) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO | COLONIA O FRACCIONAMIENTO

DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO | 14) TELEFONO | 15) CODIGO POSTAL

16) UMF DE ADSCRIPCION | 17) DELEGACION (IMSS) | 18) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO: DIA MES AÑO HORA | 19) FECHA Y HORA DE LA CONSULTA: DIA MES AÑO HORA

20) DESCRIPCION DETALLADA DE LA FORMA, LUGAR Y MECANISMO DEL ACCIDENTE; EN CASO DE ENFERMEDAD DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y EL TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS

21) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCION

22) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL

23) TRATAMIENTO(S)

24) SIGNOS Y SINTOMAS (MARQUE CON UNA X)
INTOXICACION ALCOHOLICA SI NO | INTOXICACION POR ENERVANTES SI NO

OTROS: DESCRIPCION

25) OTRAS CONDICIONES
HUBO RIÑA SI NO | EXISTE EVIDENCIA DE SIMULACION SI NO

SI EXISTE EVIDENCIA DE QUE SE PROVOCO LAS LESIONES INTENCIONALMENTE ESPECIFIQUE

26) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE

27) INCAPACIDAD INICIAL | AMERITA INCAPACIDAD SI NO | FECHA DE INICIO: DIA MES AÑO | No. DE FOLIO | Nº DE DIAS AUTORIZADOS | 28) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE

29) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE | MATRICULA | FIRMA (MEDICO TRATANTE) | 30) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION

EL ASEGURADO DA CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 51 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE PROPIO DERECHO Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA QUE LOS DATOS Y HECHOS AQUÍ ASENTADOS SON VERDADEROS

TRABAJADOR (NOMBRE Y FIRMA) | FAMILIAR O REPRESENTANTE (NOMBRE Y FIRMA) | TESTIGO (NOMBRE Y FIRMA)

DOMICILIO Y TELEFONO DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE

DOMICILIO Y TELEFONO DEL TESTIGO

(Hoja 1)

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACION DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)

1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA | 2) ACTIVIDAD O GIRO | 3) REGISTRO PATRONAL

4) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO | COLONIA O FRACCIONAMIENTO

DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO | CODIGO POSTAL | 5) TELEFONO (LADA) | 6) CORREO ELECTRONICO

7) NOMBRE DEL TRABAJADOR | 8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL | 9) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO

COLONIA O FRACCIONAMIENTO | DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO | 10) CODIGO POSTAL

11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD | 12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION | 13) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE | 14) SALARIO DIARIO

15) MATRICULA (TRABAJADOR IMSS) | 16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS) | 17) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE | EN CASO DE ENFERMEDAD HORARIO ACTUAL

18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD | DIA | MES | AÑO | HORA | 19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD | DIA | MES | AÑO | HORA

20) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE

EN LA EMPRESA ☐ EN UNA COMISION ☐ EN TRAYECTO A SU TRABAJO ☐ EN TRAYECTO A SU DOMICILIO ☐ TRABAJANDO TIEMPO EXTRA ☐

21) DESCRIPCION PRECISA DE LA FORMA, SITIO O AREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE, EN CASO DE ENFERMEDAD(ES) DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS

22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD | 23) FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD | DIA | MES | AÑO | HORA

24) NOMBRE Y DOMICILIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

25) SI LA PRIMERA ATENCION MEDICA NO LA PROPORCIONO EL IMSS, ANOTAR DONDE SE OTORGO Y ANEXAR CERTIFICADO MEDICO

26) ANOTAR QUE AUTORIDADES OFICIALES TOMARON CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA

27) ACLARACIONES Y OBSERVACIONES

28) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL | 29) LUGAR Y FECHA

30) FIRMA DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL | 31) SELLO DEL PATRON O DE LA EMPRESA

DICTAMEN DE CALIFICACION (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS)

32) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL DE LA LESION O ENFERMEDAD

33) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION | 34) UNIDAD MEDICA

35) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN | 36) MATRICULA IMSS | 37) LUGAR Y FECHA | DIA | MES | AÑO | 38) DELEGACION

39) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO SI ☐ NO ☐ | 40) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRAYECTO SI ☐ NO. ☐ | 41) SE ACEPTA COMO ENFERMEDAD DE TRABAJO SI ☐ NO ☐ | 42) FIRMA DEL MEDICO QUE CALIFICA

NOTA: SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA CALIFICACION, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DIAS HABILES SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.

RECIBI COPIA ST-7 _____ FECHA: _____

FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL

(Hoja 2)

Formato ST-2
Dictamen de Alta por Riesgo de Trabajo

Anexo 27

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO

DICTAMEN DE ALTA POR RIESGO DE TRABAJO
ST-2

DATOS DEL ASEGURADO

1) APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE
2) NUMERO DE AFILIACION
3) C U R P
4) MATRICULA
5) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION

DATOS DE LA EMPRESA

6) NOMBRE O RAZON SOCIAL
7) REGISTRO PATRONAL

DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO

8) TIPO DE RIESGO
☐ ACCIDENTE DE TRABAJO ☐ ACCIDENTE EN TRAYECTO ☐ ENFERMEDAD DE TRABAJO
INCAPACIDAD PERMANENTE SI ☐ NO ☐ MARCAR SOLO POR SALUD EN EL TRABAJO

9) FECHA DE ACCIDENTE O DE RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO — DIA | MES | AÑO
10) INICIO DE LABORES — DIA | MES | AÑO

NOTA: EN CASO DE PRESENTAR SECUELAS, EL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO DETERMINARA LA FECHA DE INICIO DE LABORES, PREVIA VALORACION CORRESPONDIENTE.

11) LUGAR | DELEGACION | UNIDAD MEDICA | DIA | MES | AÑO
12) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN | MATRICULA
FIRMA DEL MEDICO

SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO

ST-2/97

Formato ST-3
Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo

Anexo 28

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO

1) FOLIO NO.

ST-3

DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE O DE DEFUNCION POR RIESGO DE TRABAJO

DATOS DEL ASEGURADO

2) APELLIDOS PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S)
3) NUMERO DE AFILIACION
4) CURP
5) SEXO F ☐ M ☐
6) IDENTIFICACIÓN OFICIAL
7) MATRICULA
8) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION
9)OCUPACIÓN
10)TELEFONO
11) DOMICILIO, CALLE
NUMERO
C.P.
CIUDAD Y ESTADO

DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA

12) NOMBRE O RAZON SOCIAL
13) REGISTRO PATRONAL
14) DOMICILIO, CALLE
NUMERO
C.P.
CIUDAD Y ESTADO

DICTAMEN

15) INICIAL ☐ 16)CAPITAL CONSTITUTIVO ☐ 17) REVALUACION ☐
18) LAUDO/CONVENIO ☐ NO. EXP. LAB. FECHA LAUDO/CONVENIO

TIPO DE DICTAMEN
19) INCAPACIDAD PERMANENTE ☐ 20) DEFUNCION ☐

TIPO DE RIESGO
21) ACCIDENTE DE TRABAJO ☐ 22) ACCIDENTE EN TRAYECTO ☐ 23) ENFERMEDAD DE TRABAJO

CARACTER DEL DICTAMEN
24)PROVISIONAL ☐ 25)DEFINITIVO ☐

26) FECHA DEL ACCIDENTE O DE LA RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO — DIA | MES | AÑO | HORA
27) FECHA DE LA DEFUNCION — DIA | MES | AÑO | HORA

28) MECANISMO DEL ACCIDENTE O TIEMPO DE EXPOSICION AL (LOS) AGENTE (S) CONTAMINANTE (S) Y ALTERACIONES PRODUCIDAS

29) DIAGNOSTICO (S) DE LA VALUACION DE LA INCAPACIDAD ORGANOFUNCIONAL O DE LA DEFUNCION Y FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION EN CASO DE ENFERMEDAD DE TRABAJO

TRATAMIENTO QUIRURGICO SI ☐ NO ☐ SE OTORGO PROTESIS SI ☐ NO ☐ SE OTORGO ORTESIS SI ☐ NO ☐

30) FRACCION (ES) DE LA TABLA DE VALUACION DE INCAPACIDADES PERMANENTES DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y SUS RESPECTIVOS PORCENTAJES

SESUGIERE APLICAR "C" DEL ART. 4 DEL RJP SI ☐ NO ☐

31) INCAPACIDAD ORGANO FUNCIONAL (SUMA DE LOS PORCENTAJES PARCIALES CON LETRA Y NUMERO)
32) INICIO DE PENSION — DIA | MES | AÑO
33) OBSERVACIONES
34) FECHA DE REVALUACION — DIA | MES | AÑO
35) LUGAR Y FECHA
UNIDAD MEDICA
36) DELEGACION
37) NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL MEDICO QUE ELABORO EL DICTAMEN
MATRICULA
38) APROBACION DEL CORDINADOR CLINICO DE SALUD EN EL TRABAJO
390) APROBACION DEL JEFE DE LA DIST
40) AUTORIZACION DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO
EXPEDIENTE CLINICO

(Hoja 1)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO

1) No Folio: 304080011

08/08/2008

DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE
O DE DEFUNCION POR RIESGO DE TRABAJO ST- 3

DATOS DEL ASEGURADO

1) APELLIDOS PATERNO, MATERNO, NOMBRE(S): CAMACHO REYES FROILAN			2) NUMERO DE AFILIACION: 81945400513
3) C.U.R.P.: CARF540205TUP6S8D1	SEXO: MASCULINO	IDENTIFICACION OFICIAL: CREDENCIAL PARA VOTAR	0091014359435
4) MATRICULA	5) UNIDAD DE ADSCRIPCION LABORAL	OCUPACION: CONDUCTORES DE AUTOMOVILES, TAXIS Y CAMIONETAS	TELEFONO: 9811037679
6) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO: CALLE 4 DE JUNIO NO. 82		C.P.: 24099	ESTADO: CAMPECHE
CIUDAD: SAN FRANCISCO DE CAMPECHE			

DATOS DELPATRON O DE LA EMPRESA

7) NOMBRE O RAZON: GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE		8) REGISTRO PATRONAL: A101110110
9) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO: CALLE 8	C.P.: 24000	ESTADO: CAMPECHE
CIUDAD: SAN FRANCISCO DE CAMPECHE		

DICTAMEN: INICIAL

TIPO DE DICTAMEN: [ ] 10) INCAPACIDAD PERMANENTE [X] 11) DEFUNCION		TIPO DE RIESGO: ACCIDENTE DE TRABAJO
CARACTER DEL DICTAMEN: Definitivo	17) FECHA DEL ACCIDENTE O DE LA RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO: 10/07/2008	18) FECHA DE DEFUNCION: 10/07/2008

19) MECANISMO DEL ACCIDENTE O TIEMPO DE EXPOSICION AL (LOS) AGENTE (S) CONTAMINANTE (S) Y ALTERACIONES PRODUCIDAS

Conductor de camioneta, que es comisionado del 7 al 11 de julio de 2008, a las localidades de pital viejo, mango y km 59, nueva esperanza, encanto y ranchos area de seyba, con el objeto de realizar actividades de atencion primaria a la salud y al regresar de candelaria a campeche, en el km 243 700 de la carretera Villahermosa-escarcega, tramo 3 brazos-nueva esperanza, pierde el equilibrio, derrapando y volcandose, muriendo en el lugar del accidente, de acuerdo al acta del ministerio publico y necropsia de médicos peritos con DX. DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO Y TORACICO GRADO IV POR CONTUSION INDIRECTA.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION CAMPECHE
SUBDELEGACION CAMPECHE
08 AGO. 2008
RECIBIDO
DEPARTAMENTO

(Hoja 2)

20) DIAGNOSTICO (S) DE LA VALUACION DE LA INCAPACIDAD ORGANOFUNCIONAL O DE LA DEFUNCION Y FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION EN CASO DE ENFERMEDAD DE TRABAJO

1. Defunción -

TRATAMIENTO QUIRURGICO NO SE OTORGO PROTESIS NO SE OTORGO ORTESIS NO.

21) FRACCION (ES) DE LA TABLA DE VALUACION DE INCAPACIDADES PERMANENTES DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y SUS RESPECTIVOS PORCENTAJES

1 Fraccin 0 - 0 % Incapacidad Permanente

SE SUGIERE APLICAR TABLA "C" DEL ART. 4 DEL RJP SI ☐ NO ☐

22) INCAPACIDAD ORGANOFUNCIONAL(SUMA DE LOS PORCENTAJES PARCIALES CON LETRA Y NUMERO)	23) INICIO DE LA PENSION	FECHA DE REVALUACION
0% Cero por ciento.	10/07/2008	

24) OBSERVACIONES

Anexo acta de la Policia Federal Preventiva, Ministerio publico, necropsia, pliego de comisión del trabajador.

25) LUGAR Y FECHA		UNIDAD MEDICA	26) DELEGACION
CAMPECHE	08/08/2008	HGZ con M.F. No. 1	CAMPECHE

27) NOMBRE DEL MEDICO QUE ELABORO EL DICTAMEN	MATRICULA
RUFINA VILLALOBOS QUEVEDO	7413521

29) APROBACION DEL COORDINADOR CLINICO DE SALUD EN EL TRABAJO	30) APROBACION DEL JEFE DE LA DIST	31) AUTORIZACION Y FIRMA DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO
		LUIS MIGUEL ARISPE CASTILLO 4163478

(Hoja 3)

Formato ST-4
Dictamen de Invalidez

Anexo 29

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO

1) FOLIO

DICTAMEN DE INVALIDEZ ST-4

DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA

2)NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		3) REGISTRO PATRONAL IMSS
4) DOMICILIO, CALLE, NÚMERO Y COLONIA		5) ACTIVIDAD O GIRO
CIUDAD	CODIGO POSTAL	ESTADO

DATOS DEL ASEGURADO 6) SE IDENTIFICA CON:

7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S)				8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
9) C U R P					
10) OCUPACIÓN	11)TIEMPO DE REALIZARLA	12) EDAD	13) SEXO M F	14) UNIDAD DE ADSCRIPCION	
15) DOMICILIO CALLE Y NUMERO Y COLONIA					
CIUDAD		CODIGO POSTAL		ESTADO	

TIPO DE DICTAMEN

16) TRABAJADOR DE EMPRESA	17) TRABAJADOR IMSS	18)MATRICULA EMPLEADO IMSS	
19) INICIAL	20) REVALORACION	21) CONVENIO	22) LAUDO
		NUMERO DE EXPEDIENTE LABORAL	FECHA DEL LAUDO O CONVENIO

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

23) DESCRIPCION DEL PADECIMIENTO ACTUAL Y EXPLORACION FISICA QUE FUNDAMENTE EL ESTADO DE INVALIDEZ	FECHA PROBABLE DE INICIO DEL PADECIMIENTO	DIA	MES	AÑO

24) FECHA Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE QUE ESTEN EN RELACION DIRECTA CON EL PADECIMIENTO EN ESTUDIO

(Hoja 1)

DIAGNOSTICOS	25) NOSOLOGICO (S)
	26) ETIOLOGICO
	27) ANATOMO FUNCIONAL (LIMITACIONES QUE INTERFIEREN CON LAS ACTIVIDADES LABORALES)
PRONOSTICO	28) PARA DESEMPEÑAR TRABAJO REMUNERADO
ESTUDIO LABORAL (PERFIL DEL PUESTO)	29) ANTECEDENTES LABORALES, AGENTES A LOS QUE ESTUVO EXPUESTO Y REQUERIMIENTOS DE SUS PUESTOS DE TRABAJO ANTERIORES
	30) DESCRIPCION DE LAS LABORES ACTUALES O DEL ULTIMO PUESTO, REQUERIMIENTOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PUESTOS SIMILARES Y AGENTES A LOS QUE ESTA EXPUESTO
	31) CAPACIDADES RESIDUALES Y POTENCIALES

EXCLUYENTES	32) SE TRATA DE UN RIESGO DE TRABAJO	SI	NO	33) PROVOCO INTENCIONALMENTE SU ESTADO PATOLOGICO	SI	NO
	34) ES RESULTADO DE LA COMISION DE UN DELITO	SI	NO	35) EL ESTADO DE INVALIDEZ ES PREVIO AL ASEGURAMIENTO, ART. 123 FRACCION III L.S.S.	SI	NO
OTRAS PENSIONES	36) CORRESPONDE AL SEGURO DE PENSION POR VEJEZ	SI	NO	37) CORRESPONDE AL SEGURO DE CESANTIA EN EDAD AVANZADA	SI	NO

DICTAMEN	38) NOMBRE DEL ASEGURADO			NO. DE SEGURIDAD SOCIAL
	39) EXISTE UN ESTADO DE INVALIDEZ	SI	NO	
	40) ARTICULO 140 DE LA LEY DEL IMSS	SI	NO	41) LA PENSION DEBE MEJORARSE CON %
	42) FECHA DE INICIO DEL ESTADO DE INVALIDEZ	DIA	MES	AÑO
	43) DIAS DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL PREVIOS AL DICTAMEN	44) 75% O MAS DE INVALIDEZ SI NO		PORCENTAJE DE PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA EL TRABAJO
	45) FECHA DE ELABORACION	DIA MES AÑO	46) DELEGACION	47) UNIDAD MEDICA

48) RESPONSABLES
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MEDICO QUE ELABORO EL DICTAMEN — MATRICULA

49) APROBACION DEL COORDINADOR CLINICO DE SALUD EN EL TRABAJO	50) APROBACION DEL JEFE DE LA DIVISION DE SALUD EN EL TRABAJO	51) APROBACION DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO

52) EL CARACTER DE LA INVALIDEZ

TEMPORAL ☐ FECHA DE REVALORACION DIA MES AÑO DEFINITIVO ☐

(Hoja 2)

Formato
Primer Periodo Vacacional 2017

Anexo 30

SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL
DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL
PRIMER PERIODO VACACIONAL 2017

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO
CAMPECHE 2015-2021

ROL . NUM	FECHA DE INCIO LUNES	FECHA DE TERMINO VIERNES
1	06-feb	17-feb
2	13-feb	24-feb
3	20-feb	03-mar
4	27-feb	10-mar
5	06-mar	17-mar
6	13-mar	24-mar
7	20-mar	31-mar
8	27-mar	07-abr
9	03-abr	14-abr
10	10-abr	21-abr
11	17-abr	28-abr
12	24-abr	05-may
13	01-may	12-may
14	08-may	19-may
15	15-may	26-may
16	22-may	02-jun
17	29-may	09-jun
18	05-jun	16-jun
19	12-jun	23-jun
20	19-jun	30-jun
21	26-jun	07-jul
22	03-jul	14-jul
23	10-jul	21-jul
24	17-jul	28-jul
25	24-jul	04-ago
26	31-jul	11-ago
27	07-ago	18-ago
28	14-ago	25-ago
29	21-ago	01-sep
30	28-ago	08-sep
31	04-sep	15-sep
32	11-sep	22-sep
33	18-sep	29-sep
34	25-sep	06-oct
35	02-oct	13-oct
36	09-oct	20-oct
37	16-oct	27-oct
38	23-oct	03-nov
39	30-oct	10-nov
40	06-nov	17-nov

NOTA: En los casos en que, dentro del periodo vacacional se encuentre un día inhábil considerado en el calendario de días no laborales, se correrá la fecha de entrada a laborar.

Formato DAP-12
Aviso de Cambio de Número de Tarjeta

Anexo 31

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO
CAMPECHE 2015-2021

Formato DAP-12

AVISO DE CAMBIO DE NUMERO DE TARJETA

INSTITUCION BANCARIA			
BANAMEX	SANTANDER	BANCOMER	HSBC

Campeche, Cam., a _____ **de** _____ **de** _____

NO. EMPLEADO _____
PARTIDA: _____

C.P.
Director de Administración de Personal de la
Secretaría de Administracion e Innovacion Gubernamental
Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche.
P R E S E N T E .

QUINCENA EN QUE SE APLICA
_____

Por este medio, le comunico el nuevo número de tarjeta de pago a afectos de realizar el depósito de mis percepciones correspondientes:

Nombre Completo	
No. de empleado	
Dependencia de Adscripción	
No. de tarjeta ***Cancelada y/o Extraviada***	
Número de tarjeta actual para depósito	
Número de Cuenta actual para depósito	

***ANEXAR COPIA DE CREDENCIAL VIGENTE**

A t e n t a m e n t e

C. _____
(Firma)

Formato DAP-13
Autorización para Laborar Horas Extraordinarias

Anexo 32

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

Formato DAP-13

AUTORIZACIÓN PARA LABORAR HORAS EXTRAORDINARIAS

SE AUTORIZA AL C. : (1)		NO. DE EMPLEADO (2)
DE LA DEPENDENCIA: (3)	UNIDAD: (4)	
A TRABAJAR LOS DIAS: (5)	COMENZANDO A LAS: (6)	NÚMERO DE HORAS EXTRAS (7)
NO SE AUTORIZA EL PAGO DEL TIEMPO EXTRA, SI ESTE FORMATO NO ES ENTREGADO A LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL		

TRABAJO A REALIZAR (9)

NUMERO (8)	OPERATIVO	ADMINISTRATIVO	OTROS
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO			
(10)			

CAUSAS POR LAS QUE PROLONGA LA JORNADA ORDINARIA:

(11)		
SOLICITADO POR: (12) Nombre y Cargo	AUTORIZADO POR: (13) Nombre y Cargo	FECHA (14)

Formato DAP-13
Autorización para Laborar Horas Extraordinarias

Instructivo

Nombre de la Forma: Autorización para Laborar Horas Extraordinarias.
Objeto de la Forma: Gestionar la autorización para efectuar el pago de horas extraordinarias a los servidores públicos que por necesidades del servicio las lleven a cabo de acuerdo a la normatividad laboral.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado en letra molde, a máquina o procesado en equipo de cómputo y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, asimismo deberá de ser firmado por el jefe de la unidad administrativa de la dependencia o entidad pública y autorizado por el titular de la dependencia o entidad pública.

Elabora: El jefe de la Unidad Administrativa.
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de copias: dos copias.
Original: Dirección de Administración de Personal.
1a. copia: Coordinación Administrativa de la Dependencia o Entidad.
2ª. Copia: Jefe de la Unidad Administrativa.

Instrucciones de Llenado

1. **Se autoriza al C:** El(os) nombre(s), apellido paterno, apellido materno del trabajador que realizará la(s) hora(s) extraordinaria(s).
2. **No. de Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
3. **De la Dependencia:** El nombre del centro de trabajo (dependencia o entidad pública).
4. **Unidad Administrativa ó Área de Trabajo:** El nombre del área administrativa en que el servidor público labora según el Reglamento Interior de cada Dependencia o Entidad.
5. **A trabajar los días:** Anotará el o los nombres de los días de la semana que trabajará el empleado sin rebasar los límites permitidos por la normatividad laboral.
6. **Comenzando a las:** Se anotará la hora en que iniciará la(s) hora(s) extraordinaria(s).

7. **Número de Horas Extras:** Se anotará el número de horas extraordinarias que se realizarán sin rebasar los límites permitidos por la normatividad laboral.
8. **Número de Trabajo a Realizar:** Anotará el número de trabajo o trabajos que deberá realizar durante la(s) hora(s) extraordinaria(s).
9. **Tipo de Trabajo a Realizar:** Señale con una "X" si el tipo de trabajo que corresponde a las funciones operativas, administrativas o de otra naturaleza, según el Catálogo de Puestos del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado.
10. **Descripción del Trabajo:** Anotará la descripción del trabajo que justifican la autorización para que se lleve a cabo la(s) hora(s) extraordinaria(s).
11. **Causas por las que se prolonga la jornada ordinaria:** Anotará las causas por las que se prolonga la jornada ordinaria que justifican la autorización para que se lleve a cabo la(s) hora(s) extraordinaria(s).
12. **Solicitado por:** Deberá anotar el nombre completo y su respectiva firma del Titular de la Unidad Administrativa en cuya área de trabajo se realizará(n) la(s) hora(s) extraordinaria(s).
13. **Autorizado por:** Deberá anotar el nombre y su respectiva firma del Titular de la Dependencia o Entidad o el servidor público facultado para ello en quien se delegue dicha facultad.
14. **Fecha:** El día, mes y año de su llenado.

Formato DAP-14
Reporte de Horas Extras

Anexo 33

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION
DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021
Formato DAP-14

REPORTE DE HORAS EXTRAS
CORRESPONDIENTE AL MES DE _____ DE _____ (1)

TIEMPO EXTRA LABORADO										
DIA	**SEMANA 1**		**SEMANA 2**		**SEMANA 3**		**SEMANA 4**		**SEMANA 5**	
	DIA	HRS. LAB.	DIA	HRS. LAB.	DIA	HRS.	DIA	HRS.	DIA	HRS.
LUNES										
MARTES										
MIERCOLES					(2)					
JUEVES										
VIERNES										
SABADO										
DOMINGO										
TOTAL HORAS										

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	(3)
NO. DE EMPLEADO	(4)
DEPENDENCIA	(5)
UNIDAD	(6)
TOTAL HORAS EXTRAS:	(7)

ELABORO	INTERESADO	EL QUE SUSCRIBE HACE CONSTAR QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL PRESENTE, CONCUERDAN CON EL REGISTRO ORIGINAL DE ASISTENCIA
(8)	(9)	(10)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

Formato DAP-14
Reporte de Horas Extras

Instructivo

Nombre de la Forma: Reporte de Horas Extras.
Objeto de la Forma: Gestionar el pago de horas extraordinarias a los servidores públicos que por necesidades del servicio las lleven a cabo de acuerdo a la normatividad laboral.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado en letra molde, a máquina o procesado en equipo de cómputo y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, asimismo deberá de ser firmado por el coordinador administrativo de la dependencia o entidad pública, el personal que realiza la hora extraordinaria como parte interesada y personal responsable del registro de asistencia al trabajo de la dependencia o entidad pública.

Elabora: El Coordinador Administrativo.
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de copias: dos copias.
Original: Dirección de Administración de Personal.
1a. copia: Coordinación Administrativa de la Dependencia o Entidad.
2ª. Copia: Interesado.

Instrucciones de Llenado

1. **Correspondiente al mes de:** Se anotará el mes y el año que corresponde al periodo en que se efectuó la hora(s) extraordinaria(s).
2. **Tiempo extra laborado:** Se registrará en las celdas respectivas el número de horas que se laboraron por semana y el total de las mismas, sin rebasar los límites permitidos por la normatividad laboral.
3. **Nombre del trabajador:** El(os) nombre(s), apellido paterno, apellido materno del trabajador.
4. **No. de Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
5. **Dependencia:** El nombre del centro de trabajo (dependencia o entidad pública).

6. **Unidad Administrativa ó Área de Trabajo:** El nombre del área administrativa en que el servidor público labora según el Reglamento Interior de cada Dependencia o Entidad.
7. **Total horas extras:** Se anotará el total de horas extras acumuladas en las semanas del mes calendario de que se trate, según la sumatoria del apartado 2 de este instructivo.
8. **Elaboró:** Nombre y firma del Coordinador Administrativo que elaboró el llenado del formato.
9. **Interesado:** Nombre y firma del trabajador que realizó las horas extraordinarias.
10. **Control de Asistencia:** Nombre y firma del servidor público responsable del control de asistencia en la Dependencia o Entidad.

Formato DAP-15
"Solicitud de Pagos de Horas Extras"

Anexo 34

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

Formato DAP-15

"SOLICITUD DE PAGOS DE HORAS EXTRAS"

NUM. DE EMPLEADO	NOMBRE	NIVEL	NÚMERO SEMANAL DE		ACTIVIDAD DESARROLLADA DURANTE ESE TIEMPO	JUSTIFICACIÓN
			HORAS*	DIAS *		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

ÁREA SOLICITANTE	Vo. Bo. DEL TITULAR	Vo. Bo. DEL TITULAR	AUTORIZÓ
		ING. GUSTAVO MANUEL ORTIZ GONZÁLEZ SECRETARIO DE ADMÓN. E INNOVACION GUBERNAMENTAL	DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

*Nota: Estos pagos deberán ajustarse a lo dispuesto en el articulo 25 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche, no se pagarán los tiempos extrordinarios que excedan de 3 horas diaria, ni de tres veces en una semana

Original: EXPEDIENTE PERSONAL

C.c.p.: DEPENDENCIA

Formato DAP-15
"Solicitud de Pagos de Horas Extras"

Instructivo

Nombre de la Forma: Solicitud de Pagos de Horas Extras.
Objeto de la Forma. Gestionar el pago de horas extraordinarias a los servidores públicos que por necesidades del servicio las lleven a cabo de acuerdo a la normatividad laboral.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado en letra molde, a máquina o procesado en equipo de cómputo y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, asimismo deberá de ser firmado por el responsable del área solicitante de la dependencia o entidad pública, el titular de la dependencia o entidad pública, director de Administración de Personal de la Secretaría de Administración.

Elabora: El área solicitante.
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de copias: Una copia.
Original: Dirección de Administración de Personal.
Copia: Coordinación Administrativa de la Dependencia o Entidad.

Instrucciones de Llenado

1. **No. de Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
2. **Nombre del trabajador:** El(os) nombre(s), apellido paterno, apellido materno del trabajador.
3. **Nivel:** El nivel según denominación del catálogo de puesto.
4. **Horas.** Se registrará en las celdas respectivas el número de horas que se laboraron por semana y el total de las mismas, sin rebasar los límites permitidos por la normatividad laboral.
5. **Días:** Se anotará el día, mes y el año que corresponde al periodo en que se efectuó la hora(s) extra(s). No se tramitarán las horas extras que excedan de 3 horas diarias, ni de 3 veces en una semana
6. **Actividad desarrollada durante ese tiempo:** Describir la Actividad que no sea rutinaria o normal, cuyo objetivo sea la prestación de servicio públicos o labores de interés general prioritario.

7. **Justificación:** La causa que amerita laborar en horarios fuera de los establecidos, que deriven de una circunstancia extraordinaria y no del desempeño de las actividades que realiza en su jornada normal de labores.

Formato DAP-16
Solicitud de Corrección de Datos en Nómina

Anexo 35

Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

"SOLICITUD DE CORRECCION DE DATOS EN NOMINA"

Formato DAP-16

RAMO: _____

(1)

ING. GUSTAVO MANUEL ORTIZ GONZÁLEZ DEPENDENCIA: (2)

SECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN

P R E S E N T E . OFICIO: (3) FECHA: (4)

SOLICITO A USTED SE SIRVA CORREGIR LOS DATOS DEL PERSONAL QUE A CONTINUACION SE DETALLA:

ESTRUCTURA PROGRAMATICA	NUMERO DEL EMPLEADO	NOMBRE	NIVEL	DATOS A MODIFICAR	INCORRECTO	CORRECTO
(5)	(6)	(7) (8)	(9)	(10)	(11)	(12)

ELABORO

LIC. ALEJANDRO HERRERA GONZALEZ

SUBDIRECTOR DE CONTOL DE PERSONAL

(13)

AUTORIZO

C.P. MIGUEL GUILLERMO ZANOGUERA CANTO

DIRECTOR DE ADMINISTRACION PERSONAL

Formato DAP-16
Solicitud de Corrección de Datos en Nómina

Instructivo

Nombre de la forma: Formato "Solicitud de Corrección de Datos en Nómina".
Objeto de la Forma: Gestionar la corrección de datos de los servidores públicos motivados por la escritura incorrecta de su nombre, fecha de ingreso y otras referencias de índole personal que afecten la nómina.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, asimismo deberá de ser firmado por el Titular del Área Administrativa de la Dependencia o Entidad Pública y el Director de Administración de Personal.

Elabora: Las Dependencias y las Entidades Públicas (área administrativa).
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Expediente del servidor público.
1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.
2a. copia: Área administrativa de la Dependencia o Entidad Pública.

Instrucciones de Llenado

1. **C.:** El nombre del Secretario de Administración e Innovación Gubernamental.
2. **Dependencia:** El nombre del centro de trabajo (Dependencia o Entidad Pública).
3. **Oficio:** La numeración otorgada por la Dependencia o Entidad Pública.
4. **Fecha:** El día, mes y año en que fue llenado el formato.
5. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa.
6. **Número de Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
7. **Nombre:** El nombre (s), apellido paterno y apellido materno.
8. **Firma del trabajador:** La firma del empleado de conformidad con los datos.
9. **Nivel:** Deberá anotar el nivel de puesto según el Catálogo de Puestos del Poder Ejecutivo.
10. **Datos a Modificar:** Especificar el dato a modificar:
    - Nombre, Apellido, Fecha de ingresos, Etc.

11. **Incorrecto:** El dato incorrecto a modificar.
12. **Correcto:** El dato correcto.
13. **Firmas:** La firma de las autoridades superiores que autorizan, incluyendo al Titular de la Dependencia.

Formato DAP-17
Solicitud de Expedición de Constancias

Anexo 36

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION
DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

SAIG

Formato DAP-17

SOLICITUD DE EXPEDICION DE CONSTANCIAS

San Francisco de Campeche, Camp., a _____ de _____ de _____.

Director de Administración de Personal.

P R E S E N T E.-

Por este medio solicito a usted me sea expedida constancia laboral para realizar los trámites de _____.

Sin otro particular, le agradezco su atención al presente.

ATENTAMENTE

_____

NOMBRE, FIRMA Y DEPENDENCIA

Formato DAP-18
Pase de Salida

Anexo 37

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE

Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental

Subsecretaría de Administración

Dirección de Administración de Personal

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

Formato DAP-18

PASE DE: **SALIDA** ☐ (1) **ENTRADA** ☐ **No.** _____ (2) _____

San Francisco de Campeche, Camp., de de (3)

RELOJ CHECADOR

(17)

SALIDA

Se hace constar que el C. (4) _____

Permanecerá ausente de (5) _____

Tiempo aproximado (6) _____ A partir de las (7) _____

Para ocurrir a (8) _____

Con objeto de (9) _____

Categoría (10) _____ No. de Empleado (11) _____

No. de Tarjeta (12) _____ Horario (13) _____

Salió (14) Hrs. Regresó (15) Hrs. Tiempo (16)

ENTRADA

(18)

Firma del Interesado

Nombre y Firma del Jefe Inmediato

C.c.p.- Coordinador Administrativo

Formato DAP-18
Pase de Salida

Instructivo

Nombre de la Forma: Pase de salida.
Objeto de la Forma: Sustentar la ausencia del servidor público en horas laborales de su área de trabajo, con objeto de realizar actividades oficiales o índole personal.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a mano con letra molde o máquina y los datos no deberán invadir los límites de los espacios; y deberá de ser firmado por el jefe inmediato y el interesado. Asimismo deberán ser remitidos quincenalmente al área de personal de su centro de trabajo.

Elabora: Los servidores públicos.
Destino: Las áreas administrativas de las Dependencias y Entidades Públicas.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Área administrativa del centro de trabajo.
1a. copia: Expediente del área de trabajo. 2a. copia: Servidor público.

Instrucciones de Llenado

1. **Recuadros:** Marcar con una "X" el tipo de pase.
   - Entrada
   - Salida
2. **No:** El No. de folio.
3. **Fecha:** El día, mes y año de su llenado.
4. **Se hace constar que el C.:** El nombre, apellido paterno, apellido materno del empleado.
5. **Permanecerá Ausente de:** El nombre del área de trabajo.
6. **Tiempo Aproximado:** El número de horas que dispondrá.
7. **A partir de las:** La hora de la salida o entrada.
8. **Para ocurrir a:** El nombre del lugar que acudirá.
9. **Con objeto de:** La diligencia a realizar.
10. **Categoría:** El nombre del puesto.
11. **No. de Empleado:** El número que le corresponde al empleado según nómina.
12. **No. de Tarjeta:** El número que le corresponde al empleado.
13. **Horario:** El periodo de horario de trabajo.
14. **Salió:** La hora de salida.
15. **Regresó:** La hora de regreso.

16. **Tiempo:** Tiempo computado.
17. **Reloj Checador:** Checar el pase según justificación:
    - Salida Entrada. Estos datos serán llenados a mano con letra molde, en el caso de checar en el sistema de entradas y salidas de huella digital.

16. **Firma:** Del interesado y nombre y firma del jefe inmediato.

Formato
Forma de Alta (ISSSTECAM)

Anexo 38

ISSSTECAM

Departamento de Afiliación y Vigencia de Derechos
Forma de Alta

1. Afiliación del trabajador:

2.Datos Personales:

Nombre Completo: Sexo: _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

3.Domicilio y Télefono:

Calle y Número: _____ Colonia: _____

Municipio y Entidad: Teléfono:

4.Adcripción: 5.No. de Empleado: 6.Ocupación:

7. Número de Afiliación al IMSS o ISSSTE:

8.Sueldo Base Mensual: 9.Fecha de Ingreso al Trabajo:

10.Fecha y Hora de Recepción de este Aviso en el Instituto:

....

11.Firma del Representante de la Entidad Pública

12.Firma del Trabajador

ISSSTECAM

Acudir a las Oficinas del ISSSTECAM para el llenado de los siguientes datos :

13. Dependientes Económicos

Esposa o Concubina e hijos menores de 18 años

Apellidos Paterno Materno y Nombre	Sexo	Parentesco	Año	Mes

Nota : Para recibir las prestaciones que otorga la Ley, deberán acredita su relación de parentesco con el Trabajador.

Formato DAP-19
Reporte de Personal con Derecho a Estímulo por Puntualidad y Asistencia

Anexo 39

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

REPORTE DE PERSONAL CON DERECHO A ESTIMULO POR PUNTUALIDAD Y ASISTENCIA Formato DAP-19

DEPENDENCIA: (1) MES: (2)

NO. DE EMPLEADO	NOMBRE	UNIDAD PRESUPUESTAL	NO. DE QNAS. A PAGAR
(3)	(4)	(5)	(6)

ELABORO

COORDINADOR ADMINISTRATIVO

Vo. Bo.

TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

(7)

AUTORIZO

DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

Original: EXPEDIENTE PERSONAL
C.c.p. MINUTARIO
C.c.p.: DEPENDENCIA

Formato DAP-19
Reporte de Personal con Derecho a Estímulo por Puntualidad y Asistencia

Instructivo

Nombre de la Forma: Reporte de personal con derecho a estímulo por puntualidad y asistencia.
Objeto de la Forma: Gestionar el pago de estímulos económicos por concepto de puntualidad y asistencia, con el objetivo de estimular a los empleados públicos quienes se han hecho acreedores de acuerdo al artículo 41 del reglamento de asistencia, puntualidad y permanencia en el trabajo de los trabajadores de base al servicio del Gobierno del Estado de Campeche.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, y deberá de ser firmado por el titular del área administrativa de la Dependencia o Entidad Pública y el Director de Administración de Personal.

Elabora: Las Dependencias y Entidades Públicas (área administrativa).
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Expediente del servidor público.
1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.
2a. copia: Área administrativa de la Dependencia o Entidad Pública.

Instrucciones de Llenado

1. **Dependencia:** El nombre del centro de trabajo (Dependencia o Entidad Pública).
2. **Mes:** El mes al cual corresponde la quincena en que se pagará el estímulo.
3. **Número de Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
4. **Nombre:** El nombre (s), apellido paterno y apellido materno del empleado.
5. **Unidad Presupuestal:** Identifica al área administrativa de la Dependencia o entidad que es responsable de la ejecución presupuestaria.
6. **No. de Qnas.a Pagar:** El número de quincena a pagar al mes.
7. **Firma:** La firma de las autoridades superiores que autorizan, incluyendo el Titular de la Dependencia.

Formato DAP-20
Solicitud de Estímulo por Superación Académica

Anexo 40

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
Secretaría de Administración e Innovación Gubernament
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO
CAMPECHE 2015-2021

Formato DAP-20

SOLICITUD DE ESTIMULO POR SUPERACION ACADEMICA

No. de Oficio: (2)

C. (1)
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION
P R E S E N T E :

Fecha: (3)

Por este conducto solicito a Usted a bien gestionar ante quien corresponda la autorización para efectua pago de Estímulo por Superación Academica a favor del personal que a continuación se detalla:

Dependencia o Entidad: (4)

Area de Trabajo: (5)

Nombre del Empleado: (6)

Puesto que Ocupa: (7) Nivel de Puesto: (8)

Número de Empleado: (9) C.U.R.P (10)

Señale el Nivel de Estudios Terminado:

EDUCACION BASICA:

Primaria y Secundaria **$1,200.00** ☐

Preparatoria **$1,300.00** ☐

(11)

Licenciatura Titulado **$1,900.00** ☐

Titulación a tráves de Maestría **$2,500.00** ☐

Documentos oficiales que acreditan los estudios cursados:

(12)

Elaboró	Vo. Bo.	Autorizó
	(13)	
AREA ADMINISTRATIVA	TITULAR DE LA SECRETARIA	DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PER DE LA SRIA. DE ADMINISTRACION E INNO GUBERNAMENTAL

C.c.p.- Expediente
C.c.p.- Interesado

Formato DAP-20
Solicitud de Estímulo por Superación Académica

Instructivo

Nombre de la Forma: Solicitud de Estímulo por Superación Académica.
Objeto de la Forma: Gestionar la autorización para efectuar el pago de estímulo económico a los servidores públicos que han concluido con estudios medios superiores o superiores.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado en letra molde, a máquina o procesado en equipo de cómputo y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, asimismo deberá de ser firmado por el titular del área administrativa de la dependencia o entidad pública, el titular de la dependencia o entidad pública y el director de administración de personal.

Elabora: El servidor público
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de copias: una copia.
Original: Expediente.
1a. copia: Interesado.

Instrucciones de Llenado

1. **C.:** El nombre del Secretario de Administración e Innovación Gubernamental.
2. **Oficio:** La numeración otorgada por la dependencia o entidad pública.
3. **Fecha:** El día, mes y año en que fue llenado el formato
4. **Dependencia:** El nombre del centro de trabajo (dependencia o entidad pública).
5. **Área de Trabajo:** El nombre del área administrativa en que el servidor público labora.
6. **Nombre del Empleado:** El(os) nombre(s), apellido paterno, apellido materno.
7. **Puesto que Ocupa:** El puesto según denominación del catálogo de puesto.
8. **Nivel de Puesto:** El nivel según denominación del catálogo de puesto.
9. **Número de Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.

10. **C.U.R.P.:** La clave del registro federal de contribuyente a 12 ó 13 posiciones.
11. Señale con una "X" el nivel de estudios terminados.
12. Especificar el tipo de documento que acredita los estudios cursados, del cual deberá anexar copia fotostática legible. En caso de Licenciatura Titulado deberá anexar copia del Acta de Examen Profesional o copia del Título.
13. **Firmas:** La firma de las autoridades superiores que autorizan el pago correspondiente.

Formato DAP-21
Actualización de Cédula de Datos

Anexo 41

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL

SAIG GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

ACTUALIZACIÓN DE CÉDULA DE DATOS Formato DAP- 21

RESUMEN EXPEDIENTE DE PERSONAL	NUMERO		ULTIMA ACTUALIZACION		
			NUMERO DE CONSTANCIA		

1.0 DATOS LABORALES				**1.0 NOMBRE DEL EMPLEADO**			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)			
2.0 PUESTO/CARGO DE:				2.1 NIVEL		2.2 CLAVE	
3.0 ADSCRITO	3.1 RAMO	3.2 DIRECCION	UNIDAD	3.3 SUBDIRECCION DE:		3.4 JEFATURA DE:	
3.5 FECHA DE ALTA IMSS		3.6 FECHA DE ALTA ISSSTECAM		3.7 CURP		3.8 RFC	

5.0 LICENCIAS	5.1 SUSPENSIONES		5.2 AMONESTACIONES				
	5.3 PERSEVERANCIA Y	10 ANOS	15 ANOS	20 ANOS	25 ANOS	30 ANOS	35 ANOS
	5.4 LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO						
5.5 FORMA DE PAGO	BANCO	CH		CUENTA DE CHEQUES	DESCUENTO INFONAVIT (NUMERO DE CREDITO		
6.0 PERSONAL A SU CARGO:	6.1 SINDICALIZADO		6.2 DE CONFIANZA		6.3 POR CONTRATO		6.4 TOTAL

7.0 DATOS PERSONALES											
7.1 GENERO	7.1.1 MASCULINO		7.1.2 FEMENINO		7.2 FECHA DE NACIMIENTO	ANO		MES		DIA	
7.3 ESTADO CIVIL ACTUAL				7.4 ESTRUCTURA FAMILIAR							
7.3.1 CASADO		7.3.2 SOLTERO		7.4.1 N° DE HIJOS		7.4.2 MENORES DE 18 AÑOS		7.4.3MAYORES DE 18 AÑOS			
7.3.3 UNIÓN LIBRE		7.3.4 VIUDO		7.4.4 NUMERO DE FAMILIARES DEPENDIENTES ECONOMICAMENTE		7.4.5 NUMERO DE PERSONAS QUE HABITAN LA MISMA VIVIENDA					
7.3.5 DIVORCIADO		7.3.6 SEPARADO									
7.5 ORIGINARIO DE:	POBLACION	ESTADO	MEXICO / OTRO PAIS		* RESIDENTE EN EL ESTADO DESDE						
7.6 DOMICILIO ACTUAL	DIRECCION		COLONIA	MUNICIPIO	ESTADO		CODIGO POSTAL				
TEL PARTICULAR:			CELULAR:		E-MAIL:						

8.0 ESCOLARIDAD (INCLUYENDO ESTUDIOS TRUNCOS) ESPECIFIQUE SEGÚN EL CASO	8.1 PRIMARIA		8.2 SECUNDARIA		8.3 PREPARATORIA / EQUIVALENTE	
8.4 TECNICOS Y MEDIOS SUPERIORES			8.5 SUPERIORES			
8.6 POST GRADOS / ESPECIALIZACIONES			8.7 IDIOMAS			

9.0 PUESTOS DESEMPENADOS EN LA ADMINISTRACION PUBLICA (EN ORDEN DESCENDENTE) (1)		DEPENDENCIA / ORGANISMOS	PODER DEL ESTADO*			ANTIGUEDAD			
			L	E	J	DESDE EL ANO A:			
9.1						DE:		A:	
9.2						DE:		A:	
9.3						DE:		A:	
9.4						DE:		A:	
9.5						DE:		A:	
9.6						DE:		A:	
9.7						DE:		A:	
9.8						DE:		A:	

9.9 TRABAJA ACTUALMENTE EL (LA) CONYUGE, PAREJA, HIJO (S) O ALGÚN OTRO FAMILIAR EN ALGUNA DEPENDENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	SI		NO		9.10 ANTIGUEDAD EN LA ADMINISTRACION PUBLICA	ANOS
ESPECIFIQUE PARENTESCO:						

*PODER DEL ESTADO: L: PODER LEGISLATIVO, E: PODER EJECUTIVO Y J: PODER JUDICIAL.

(Hoja 1)

11.0 CAPACITACION / ACTUALIZACION RECIBIDA EN LOS ULTIMOS TRES ANOS (3)					
	TEMA	IMPARTIDO POR:	FECHA	HORAS	CURSADO EN (LUGAR)
11.1					
11.2					
11.3					
11.4					
11.5					
11.6					
11.7					
11.8					
11.9					
(3) DATOS ADICIONALES					
CAPACITACION IMPARTIDA					

REFERENCIA	DATOS ADICIONALES DE (1), (2) Y (3). OBSERVACIONES.

RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACION	PUESTO

(Hoja 2)

Formato DAP-22
Solicitud de Verificación de Antigüedad en el Servicio Público

Anexo 42

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO
CAMPECHE 2015-2021

Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental
Dirección de Administración de Personal
Calle 8 Núm. 325. entre 63 y 65, Col. Centro C.P. 24000
San Francisco de Campeche, Campeche, Tel. (981) 811 92 00 Ext. 27360

FORMATO DAP-22

ASUNTO: Se solicita verificar Antigüedad Laboral para premiación de Perseverancia y Lealtad.
San Francisco de Campeche, Cam. a ___ de _____ de _____.

DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE PERSONAL
PRESENTE.

ATTN: LIC. GLORIA PALACIOS CASTRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

Por este medio, le solicito la verificación de mis años de servicios en el Gobierno del Estado.

	10 Años		25 Años
	15 Años		30 Años
	20 Años		35 Años

Adjunto copia de los siguientes documentos:

	Nombramientos		Alta IMSS
	Copia del Reconocimiento		Credenciales
	Otros especificar		Constancias

Area de adscripción: _____
Dependencia/Entidad

Nombre: _____

Número de Empleado: _____ Teléfono Oficial: _____

_____
Firma del trabajador

C.c.p.- Titular del Area Administrativa de Adscripción del Trabajador.
C.c.p.- Interesado.

Formato DAP-23
Solicitud de Constancia de Percepciones y Deducciones

Anexo 43

CRECER EN GRANDE
CAMPECHE 2015-2021

ASUNTO: Solicitud de Constancia de Percepciones y Deducciones.

San francisco de Campeche, Cam; a ____ de _____ de _____.

C.P.
Director de Administración de Personal de la
Secretaría de Admón. e Innovación Gubernamental
Presente.

Por este medio me permito solicitar a usted la Constancia de remuneraciones cubiertas y retenciones efectuadas, a fin de estar en posibilidad de cumplir con la presentación de mi declaración anual en el plazo previsto por la ley. Lo anterior corresponden al (los) ejercicio(s) fiscales siguientes:

Años	
R.F.C.	
Adscripción	
Nombre	
N° Empleado	

Sin otro particular, quedo de usted.

ATENTAMENTE

_____

Formato DAP-24

Solicitud de Aplicación del Subsidio para el Empleo

Anexo 44

CRECER EN GRANDE
CAMPECHE 2015-2021

Solicitud de Aplicación del Subsidio para el Empleo
Formato DAP-24

San francisco de Campeche, Cam; a _____ de _____ de _____.

C.P.
Director de Administración de Personal de la
Secretaría de Admón. e Innovación Gubernamental
Presente.

Por este medio hago constar que a la fecha de hoy _____, presto mis servicios a ___ patrones, siendo estos:

1. _____ RFC: _____
2. _____ RFC: _____
3. _____ RFC: _____

Asimismo, autorizo expresamente y en este escrito a mi patrón _____ con RFC: _____ me aplique el subsidio para el empleo a que tengo derecho de conformidad con los artículos 98 y 99 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, y el articulo 8 del Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, del Código Fiscal de la Federación, de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios y de la Ley del Impuesto al Valor Agregado y se establece el subsidio para el Empleo, publicado en el Diario Oficial el 01 de octubre de 2007, estando consiente y de acuerdo que los demás patrones no podrán aplicarme dicho subsidio para el empleo.

Por este mismo medio hago constar que en el momento en que mi situación actual como prestador de servicios subordinados cambie, como por ejemplo: aumento de patrones, disminución de patrones o la propia decisión de a que patrón autorizo para la aplicación del Subsidio para el Empleo, lo notificaré por escrito en forma inmediata, por lo que mientras yo no presente escrito alguno que cambie la autorización y situaciones aquí señalados los mismos se mantendrán constantes.

Estoy enterado de que este escrito debo presentarlo al patrón, antes de que se efectúe el primer pago por la prestación de servicios personales subordinados de cada año, en tanto preste servicios para él, de conformidad con los artículos 98 y 99 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.

ATENTAMENTE

_____
NOMBRE:
RFC:
CURP:
NUM. DE EMPLEADO: